




3 1761 11971876 5



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119718765>



Third Session
Thirty-Seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 31, 2004
Thursday, April 1, 2004

Issue No. 5

First and second meetings on:

Mental health and mental illness

First meeting on:

Bill C-24, An Act to amend
the Parliament of Canada Act.

APPEARING:

The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P.,
Leader of the Government in the House of Commons
and Minister responsible for Democratic Reform

WITNESSES:

(See back cover)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 31 mars 2004
Le jeudi 1^{er} avril 2004

Fascicule n° 5

Première et deuxième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale

Première réunion concernant:

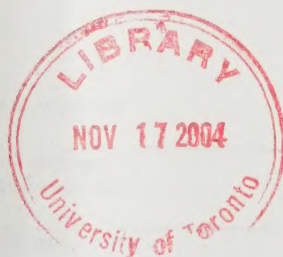
Le projet de loi C-24, Loi modifiant
la Loi sur le Parlement du Canada.

COMPARAÎT:

L'honorable Jacques Saada, c.p., député,
leader du gouvernement à la Chambre des communes
et ministre responsable de la Réforme démocratique

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, P.C. Keon	* Lynch-Staunton (or Kinsella) Morin Robertson Roche Rossiter Trenholme Counsell
--	--

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee.

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell was substituted for that of the Honourable Senator Léger (March 30, 2004).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p. (ou Rompkey, c.p.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, c.p. Keon	* Lynch-Staunton (ou Kinsella) Morin Robertson Roche Rossiter Trenholme Counsell
--	--

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (le 30 mars 2004).

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Friday, February 13, 2004:

The Honourable Senator LeBreton moved, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness;

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Second Session of the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee, and

That the Committee submit its final report no later than May 30, 2004.

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST:

Extract from the *Journals of the Senate*, Monday, March 29, 2004:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Morin, seconded by the Honourable Senator Downe, for the second reading of Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Morin moved, seconded by the Honourable Senator Fraser, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST:

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

ORDRES DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du vendredi 13 février 2004:

L'honorable sénateur LeBreton propose, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la deuxième session de la trente-septième législature soient déferés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 mai 2004.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ:

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 29 mars 2004:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Morin, appuyée par l'honorable sénateur Downe, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Morin propose, appuyé par l'honorable sénateur Fraser, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ:

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 31, 2004

(8)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:13 p.m. in room 160, Centre Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Roche (8).

Other senator present: The Honourable Senator Pépin (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee began its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the Canadian Medical Association:

Dr. Sunil Patel, President;

Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General.

From the Ontario Hospital Association:

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group.

From the Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board.

From the Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Ms. Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses;

Ms. Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association.

From the Canadian Psychological Association:

Mr. John Service, Executive Director.

From the Canadian Association of Social Workers:

Mr. Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group.

Senator Roche made a statement.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 31 mars 2004

(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 13, dans la pièce 160 de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Roche (8).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Pépin (1).

Également présents: Howard Chodos et Odette Madore, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité entreprend son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De l'Association médicale canadienne:

Le Dr Sunil Patel, président;

La Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire.

De l'Ontario Hospital Association:

Le Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale.

De l'Association des psychiatres du Canada:

Le Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:

Mme Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale;

Mme Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada.

De la Société canadienne de psychologie:

M. John Service, directeur exécutif.

De l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux:

M. Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé.

Le sénateur Roche fait un exposé.

Drs. Sunil Patel, Paul Garfinkel and Blake Woodside each made a presentation and answered questions with Dr. Gail Beck.

Nancy Panagabko, John Service and Stephen Arbuckle each made a presentation and answered questions with Annette Osten.

At 7:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004
(9)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:04 a.m. in room 705 Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Lynch-Staunton, Morin and Trenholme Counsell (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Sam Banks.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, March 29, 2004, the committee began its study on Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act.

APPEARING:

The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform.

WITNESSES:

From the Treasury Board Secretariat:

Ms. Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division.

From the Privy Council Office:

Mr. Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel;

Ms. Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification.

From Cognos:

Ms. Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist;

Mr. Sean Reid, Senior Manager, Corporate Communications.

Les Drs Sunil Patel, Paul Garfinkel et Blake Woodside font chacun un exposé, puis répondent aux questions avec l'aide de la Dre Gail Beck.

Nancy Panagabko, John Service et Stephen Arbuckle font chacun un exposé, puis répondent aux questions avec l'aide d'Annette Osten.

À 19 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004
(9)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 04, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Lynch-Staunton, Morin et Trenhome Counsell (9).

Également présent: Sam Banks, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 29 mars 2004, le comité entreprend son étude du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

COMPARAÎT:

L'honorable Jacques Saada, c.p., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique.

TÉMOINS:

Du Secrétariat du Conseil du Trésor:

Mme Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions.

Du Bureau du Conseil privé:

M. Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat;

Mme Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification.

De Cognos:

Mme Marilyn Smith-Grant, spécialiste principale en ressources humaines;

M. Sean Reid, gestionnaire principal, Communications corporatives.

From the Public Service Alliance of Canada:

Mr. John Gordon, National Executive Vice-President;

Mr. James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer.

The Minister made a presentation and answered questions with Ginette Bougie and Ron Wall.

Marilyn Smith-Grant made a presentation and answered questions.

John Gordon made a presentation and answered questions.

At 12:43 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004

(10)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 3:05 p.m. in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Trenholme Counsell (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

Mr. Michael Hogan, Chair (by videoconference).

From the U.S. Campaign for Mental Health Reform:

Mr. William Emmet, Coordinator.

Michael Hogan and William Emmet each made a presentation and answered questions.

De l'Alliance de la Fonction publique du Canada:

M. John Gordon, vice-président exécutif national;

M. James Infantino, agent de pensions et d'assurance-invalidité.

Le ministre fait un exposé, puis répond aux questions avec l'aide de Ginette Bougie et de Ron Wall.

Marilyn Smith-Grant fait un exposé puis répond aux questions.

John Gordon fait un exposé puis répond aux questions.

À 12 h 43, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004

(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 05, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Trenholme Counsell (8).

Également présents: Howard Chodos et Odette Madore, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De la U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

M. Michael Hogan, président (par vidéoconférence).

De la U.S. Campaign for Mental Health Reform:

M. William Emmet, coordonnateur.

Michael Hogan et William Emmet font chacun un exposé puis répondent aux questions.

At 4:54 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 16 h 54, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 31, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4:13 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, I want to apologize to our witnesses for being late. There was a Royal Assent with the Governor General. We felt that we needed to be there to provide a corporal's guard, or whatever.

Before we start, this is Senator Roche's last committee meeting, after being with us for a long time, and through all our trials and tribulations in producing our original health care report. I know he would like to say several things before we start the hearing.

Senator Roche: I want to express my appreciation to the Chair, the Vice-Chair and all the members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the many courtesies extended to me. Membership on this important committee has been extremely important to me. The health care study done by the committee has made an invaluable contribution to public understanding of complex issues and has, I hope, acted as a catalyst for the development and advancement of policies to strengthen Canada's health care system.

Before joining the committee, health care had not been one of the primary focal points of my life. I am still far from expert. However, I have learned a great deal through the processes of the committee, and for that I am deeply grateful.

This is one of the great committees of the Senate, well led by Senators Kirby and LeBreton. I am proud to have been a member. I am grateful also to Howard Chodos and Odette Madore, two perceptive researchers, and to Daniel Charbonneau, the clerk, and to others with whom I have been associated.

Mr. Chairman, I wish the committee well, particularly as you continue the important mental health care study.

The Chairman: Thank you very much, Senator Roche. I will say to the witnesses and the other people in the room — many of whom have been around the health care file a lot longer than the rest of us — that I am sure you found it amazing that we were able to reach a unanimous decision on all of the recommendations we have made on what is an otherwise extremely controversial subject, on which it is usually impossible to get two people to agree. It happened through all the people on the committee, particularly people such as Senator Roche. He is an independent

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 31 mars 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 13 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de ce rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. Le comité doit être autorisé à examiner, en particulier, la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Mesdames et messieurs, je veux d'abord présenter des excuses à nos témoins. Si nous sommes en retard, c'est que nous avons assisté à une sanction royale accordée par la gouverneure générale. Nous pensions devoir en quelque sorte être ceux qui serviraient de garde.

Avant de commencer notre réunion, je vous signale que c'est la dernière séance de comité du sénateur Roche, qui nous suit depuis longtemps et qui a vécu toutes les péripéties menant au dépôt du premier rapport sur les soins de santé. Je sais qu'il va vouloir nous faire part de ses impressions avant les témoignages.

Le sénateur Roche: J'aimerais d'abord remercier le président, le vice-président et tous les membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie des marques de courtoisie dont ils ont fait preuve à mon égard. Participer à cet important comité m'a toujours tenu beaucoup à coeur. Je sais que l'étude sur les soins de santé effectuée par notre comité a énormément contribué à conscientiser la population sur ces questions complexes et a, je l'espère, servi de catalyseur pour l'élaboration et l'avancement de politiques destinées à renforcer le régime de soins de santé du Canada.

Avant de me joindre au comité, les soins de santé ne m'avaient jamais particulièrement intéressé. Et je suis aujourd'hui loin d'être un spécialiste de la question. Toutefois, j'ai beaucoup appris en cours de route et j'en remercie sincèrement le comité.

Ce comité-ci est l'un des grands comités du Sénat et est dirigé de main de maître par les sénateurs Kirby et LeBreton. Je suis très fier d'en avoir fait partie et je suis reconnaissant également à Howard Chodos et à Odette Madore, deux attachés de recherche perspicaces, ainsi qu'à Daniel Charbonneau, le greffier, et à d'autres aussi auxquels j'ai été associé dans le cadre du comité.

Monsieur le président, je souhaite bonne chance au comité, alors surtout qu'il poursuit son étude si importante sur les soins de santé mentale.

Le président: Merci beaucoup, sénateur Roche. Je signalerais aux témoins et à tous nos invités ici présents — dont beaucoup connaissent le dossier des soins de santé depuis bien plus longtemps que nous — qu'il est en effet extraordinaire d'avoir pu atteindre une décision unanime sur toutes les recommandations que nous avons faites sur ce sujet extrêmement controversé et sur lequel il est rare de trouver des opinions consensuelles. Celle-ci a été possible grâce à tous les membres du comité et particulièrement au sénateur Roche, qui a

member of the committee, was a member of the House of Commons for many years, and came to the Senate as an independent member. Our unanimity has been through the willingness of everyone to listen to other people's points of view, to be willing to debate issues and, ultimately, to reach consensus solutions that were not arrived at by trading off but by saying we have to take positions that are in the best interests of the Canadian public.

On behalf of us all, we will miss you, Senator Roche. It has been fun having you around. Thank you for holding our feet to the fire on several issues. We might very well have not ended up where we did had you not pushed so strongly for certain points of view — points of view that we all came to completely understand. I thank you very much for that.

I have been instructed by my colleague Senator Cook from Newfoundland that there is a reception for Senator Keon's replacement upstairs in the foyer that starts at 6:30 p.m. We will end sharp at seven o'clock because, as Senator Cook pointed out, an Upper Canadian like Senator Keon is finally being replaced by a Newfoundlander. The new head of the Ottawa Heart Institute is from Newfoundland. I say this as someone whose parents are Newfoundlanders: You do not keep a Newfoundlander waiting for a drink. I have been threatened that I must end promptly at seven o'clock. We will try to run on time today.

We have two panels, both of which include people who deal with the provision of mental health services. On the first panel, from the Canadian Medical Association, we have Dr. Sunil Patel and Dr. Gail Beck. We also have Dr. Paul Garfinkel, who is both Chair of the Mental Health Working Group of the Ontario Hospital Association and also the CEO of CAMH, the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, and Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board of the Canadian Psychiatric Association.

Welcome to you all. Dr. Patel, you may begin.

Dr. Sunil Patel, President, Canadian Medical Association: Thank you. Honourable senators, I thank you for the opportunity to speak to you on the critical need to address mental health and mental illness in Canada. As the chair identified, I am joined today by my colleague, Dr. Gail Beck, who needs no introduction. She has served this community as well as the communities of Hamilton and Montreal for the last 20 years in the field of child psychiatry. She is very knowledgeable on issues being discussed today.

I want to talk briefly about the dimensions of the issues, the instruments available to government to address them, and the CMA's specific thoughts and recommendations on moving forward.

As the members of this committee know, the economic toll exacted by mental health disorders, including stress and distress, topped \$14 billion in 1998. The human cost, however, extends far beyond dollars and cents.

siégé comme sénateur indépendant au comité, après avoir été longtemps député à la Chambre des communes. L'unanimité a été possible parce que chacun d'entre nous acceptait d'écouter le point de vue d'autrui, de débattre les enjeux et de s'entendre sur des solutions consensuelles obtenues non pas par compromission mais par notre désir d'avoir toujours à coeur les intérêts supérieurs de la population canadienne.

Vous nous manquerez, sénateur. Je me fais le porte-parole de tous en disant que nous avons grand plaisir à vous avoir parmi nous. Merci de nous avoir mis sur la sellette à maintes reprises, car nous n'aurions peut-être pas abouti là où nous nous sommes rendus si vous n'aviez pas insisté pour faire valoir certains points de vue, que nous avons tous fini par comprendre. Merci infiniment de votre persistance.

Madame le sénateur Cook de Terre-Neuve m'informe qu'il y a une réception à 18 h 30 dans le foyer en l'honneur de la personne qui remplace le sénateur Keon. Nous allons donc terminer notre séance à 19 heures pile puisque, comme l'a signalé le sénateur Cook, le sénateur Keon, qui représente le Haut-Canada, se fait finalement remplacer par un Terre-Neuvien à l'Institut de cardiologie d'Ottawa. Si je le précise, c'est que mes parents étaient Terre-Neuviens et qu'on ne garde pas un Terre-Neuvien longtemps loin du bar. On m'a donc enjoint de mettre un terme à la séance à 19 heures pile, et je vais donc tenter de mener rondement la séance aujourd'hui.

Nous accueillons deux tables rondes regroupant chacune des gens qui dispensent des services en santé mentale. La première table ronde comprend le Dr Sunil Patel et la Dre Gail Beck, de l'Association médicale canadienne; le Dr Paul Garfinkel, qui préside le groupe de travail sur la santé mentale à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et qui est aussi PDG du CTSM, le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto; et enfin, le Dr Blake Woodside, président du conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada.

Bienvenue à tous. Docteur Patel, vous avez la parole.

Le Dr Sunil Patel, président, Association médicale canadienne: Merci, honorables sénateurs, de me permettre de prendre la parole aujourd'hui au sujet de la nécessité critique de nous pencher sur les questions de santé mentale et de maladie mentale au Canada. Comme l'a signalé le président, la Dre Gail Beck, qui n'a pas besoin d'être présentée, m'accompagne aujourd'hui. Elle est bien connue de ce milieu-ci de même que ceux de Hamilton et de Montréal, puisque cela fait 20 ans qu'elle y oeuvre en pédopsychiatrie. Elle connaît donc très bien les questions dont on discutera aujourd'hui.

Je parlerai brièvement des dimensions des enjeux et des moyens dont le gouvernement dispose pour s'y attaquer. Je présenterai les réflexions spécifiques de l'AMC et ce qu'elle recommande pour aller de l'avant.

Comme les membres du comité le savent, les troubles de santé mentale, y compris le stress et la détresse, ont coûté plus de 14 milliards de dollars à l'économie en 1998. Le coût humain, toutefois, ne se mesure pas en dollars.

Estimates show that about one in five Canadians — close to six million people — will be affected by mental illness at some point in their lives. This number climbs still higher if one includes the serious problem of addiction to illicit drugs, alcohol, and even prescription drugs and tobacco. Yet, our society and health care system remains woefully inadequate in promoting mental health and in delivering care and treatment where and when needed. These systemic shortcomings have been exacerbated by the twin barriers of stigma and discrimination.

These barriers have a detrimental effect on recovery from mental illness and addictions by hindering access to services, treatment and acceptance in the community. This is especially unfortunate because the effective treatment exists for most mental illnesses and addictions.

Poor mental health affects all aspects a person's life and requires a collaborative approach. Family physicians, psychiatrists, psychologists, social workers, nurses, and other counsellors can be involved in one patient's mental health care. While family physicians can deal with a number of mental illnesses, most are not trained in the complicated medical management of severe mental illness. Many family physicians' offices are also not sufficiently resourced to deal with family counselling or related issues such as housing, education and occupational problems often associated with mental illness. As a family physician myself, I should be assured that when a patient's mental health care requires additional expertise, the appropriate resources are available for my patients and their families.

Physicians are striving to ensure that care is provided by the appropriate caregiver at the appropriate time. For example, the Shared Mental Health Care Initiative of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association is designed to lead to better outcomes for patients. I know the committee will hear more about this initiative from the Canadian Psychiatric Association. I mentioned it now simply as a reminder that progress is being made and even more can be gained with the establishment of a national strategy to address mental illness and mental health.

Canada is the only G8 nation without such a national strategy. This oversight has contributed significantly to fragmented mental health services, chronic problems such as lengthy waiting lists for children's mental health services and dire health human resource shortages. A case in point is that there are no child psychiatrists in the northern territories, where such care is so desperately needed.

The fragmented state of mental health services in Canada did not develop overnight and it would be overly simplistic to say problems can be solved immediately. However, it is important to

Des estimations indiquent que la maladie mentale touchera un jour ou l'autre environ un Canadien sur cinq — soit près de 6 millions de personnes. Ce chiffre augmente encore lorsqu'on ajoute le problème sérieux de l'asservissement aux drogues illicites, à l'alcool et aux médicaments d'ordonnance de même qu'au tabac. Notre société et notre système de santé demeurent cependant cruellement inadéquats lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé mentale et de dispenser des soins et des traitements en temps opportuns là où le besoin se fait sentir. Les obstacles jumelés que constituent le stigmatisation et la discrimination ont exacerbé les carences du système.

Ces obstacles ont un effet néfaste sur le rétablissement à la suite d'une maladie mentale et d'une toxicomanie, car ils nuisent à l'accès aux services et aux traitements ainsi qu'à l'acceptation de la communauté. Cette situation est particulièrement malheureuse puisqu'il existe des traitements efficaces contre la plupart des maladies mentales et des toxicomanies.

Les problèmes de santé mentale touchent tous les aspects de la vie d'une personne, et c'est dans ce domaine que les soins peuvent le plus bénéficier de la collaboration des prestataires. Les médecins de familles, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières et les conseillers peuvent tous participer aux soins de santé mentale d'un patient. Les médecins de famille sont en mesure de prendre en charge plusieurs maladies mentales, mais pour la plupart, ils ne possèdent pas la formation nécessaire pour assurer le traitement médical complexe des maladies mentales graves. La plupart des cabinets de médecins ne sont pas bien équipés non plus pour faire du counselling familial ou s'occuper des problèmes de logement, d'éducation et de travail souvent associés à la maladie mentale. Moi-même, comme médecin de famille, je dois pouvoir compter sur des ressources adéquates lorsqu'il me faut avoir recours à d'autres experts pour prendre en charge les soins de santé mentale d'un patient.

Les médecins s'efforcent de faire en sorte que les soins appropriés soient dispensés au moment opportun par le prestataire adéquat, comme dans le cas du Groupe de travail sur les soins de santé mentale du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association des psychiatres du Canada, créé dans le but de produire de meilleurs résultats chez les patients. Je sais que le comité en entendra davantage sur cette initiative de la part de l'Association des psychiatres du Canada. J'en parle maintenant simplement pour rappeler que l'on fait des progrès et que l'on pourrait en faire encore davantage en établissant un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale.

Le Canada est le seul pays du G-8 à ne pas avoir une stratégie nationale. Cette lacune a contribué considérablement à la fragmentation des services de santé mentale, à des problèmes chroniques comme la longueur des périodes d'attente pour les services de santé mentale pour enfants et à la pénurie criante de ressources humaines de la santé. En voici un exemple évident: aucun psychiatre pour enfant ne dessert les territoires du Nord, qui en auraient pourtant si désespérément besoin.

La fragmentation des services de santé mentale au Canada n'a pas fait son apparition du jour au lendemain, et il serait excessivement simpliste de dire qu'il est possible de résoudre les

understand there are means available to the federal government to better meet its obligations with respect to surveillance, prevention of mental illness, and promotion of mental health.

The way forward has been clearly described by the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health, and the October 2002 National Summit on Mental Health and Mental Illness, hosted by the CMA and the Canadian psychological and psychiatric associations. This gathering helped define the form that a national strategy should take.

Participants recommended a focus on national mental health goals — a policy framework that includes research, surveillance, education, mental health promotion, health human resources, adequate and sustained funding, and an accountability mechanism. In addition to a national strategy, the CMA believes it is also important to recognize the deleterious effect of the exclusion of a hospital or institution primarily for the mentally disordered from the application of the Canada Health Act.

Simply put, how are we to overcome stigma and discrimination if we validate these sentiments in our federal legislation? The CMA firmly believes the development of a national strategy and action plan on mental health and mental illness is the single most important step that can be taken on this issue.

The plan also requires support — wheels, if you will — to overcome the inertia that has foiled attempts thus far. Those wheels come in the form of five specific actions that are listed at the back of the presentation before you. However, to summarize, they would include amending the Canada Health Act to include psychiatric hospitals; adjusting the Canada Health transfer to provide for these additional insured services; re-establishing an adequately resourced federal organizational unit focused on mental illness and mental health and addictions; the review of federal health policies and programs to ensure the mental illness is on par, in terms of benefits, with other chronic diseases and disabilities; and finally, an effective national public awareness strategy to reduce the stigma associated with mental illness and addictions in Canadian society.

While my remarks have focused on the broad status of mental health initiatives in Canada, the mental health status of Canadian health care providers is also of concern to the CMA.

In recent years, evidence has shown that physician stress and dissatisfaction is rising and morale is low. The CMA's 2003 physician resource questionnaire found that 45.7 per cent of

problèmes sur-le-champ. Il importe toutefois de comprendre que le gouvernement fédéral dispose de moyens pour mieux s'acquitter de ses obligations en ce qui a trait à la surveillance, à la prévention des maladies mentales et à la promotion de la santé mentale.

Des efforts déployés par l'Alliance canadienne de la maladie mentale et de la santé mentale et par le Sommet national sur la maladie mentale et la santé mentale organisé en octobre 2002 par l'AMC, ainsi que ceux déployés par la Société canadienne de psychologie et l'Association des psychiatres du Canada, ont balisé clairement la voie à suivre. Ces interventions ont aidé à définir la forme que devrait avoir une stratégie nationale.

Les participants ont recommandé de concentrer les efforts sur les buts nationaux en matière de santé mentale, un cadre stratégique qui inclut la recherche, la surveillance, l'éducation, la promotion de la santé mentale et un plan de gestion des ressources en santé, un financement suffisant et viable et un mécanisme de reddition des comptes. Outre le plan d'action national, il importe aussi de reconnaître l'effet nocif de l'exclusion de la Loi canadienne sur la santé des hôpitaux ou établissements destinés principalement aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Autrement dit, comment arriverons-nous à surmonter le stigmate et la discrimination si nous les validons dans la législation fédérale? L'AMC est convaincue que l'élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan d'action sur la santé mentale et la maladie mentale constitue l'étape la plus importante à franchir en la matière.

Le plan a aussi besoin d'appui, de roues pour ainsi dire, pour surmonter l'inertie à laquelle se sont butées les tentatives faites jusqu'à maintenant. Ces roues prennent la forme de cinq interventions précises, énoncées à l'endos du mémoire, dont voici le résumé. Il faudrait modifier la Loi canadienne sur la santé pour inclure les hôpitaux psychiatriques; rajuster le Transfert canadien en matière de santé pour prévoir que le gouvernement fédéral partage à la fois l'investissement ponctuel et le coût continu des services assurés supplémentaires; rétablir, à Santé Canada ou à la nouvelle agence canadienne de la santé publique, un service doté de ressources adéquates qui s'occupera uniquement de la santé mentale et des toxicomanies; réviser les politiques et programmes fédéraux sur la santé pour faire en sorte que la maladie mentale se trouve sur le même pied que d'autres maladies et incapacités chroniques pour ce qui est des prestations; et mettre en place une stratégie nationale efficace de sensibilisation de la population afin d'atténuer le stigmate associé aux maladies mentales et aux toxicomanies dans la société canadienne.

Mes propos ont porté sur la situation générale des initiatives en matière de santé mentale au Canada, mais l'état de santé mentale des prestataires de soins de santé du Canada préoccupe aussi l'AMC.

Depuis quelques années, les preuves démontrent que le stress et l'insatisfaction sont à la hausse et que le moral est bas chez les médecins. L'édition 2003 du questionnaire sur les effectifs

physicians are in an advanced state of burnout. Physicians — particularly women physicians — appear to be at a higher risk of suicide than the general population.

The CMA has been involved in a number of activities to address this situation, including last year's launch of the Centre for Physician Health and Well-being. That centre functions as a clearinghouse and coordinating body to support research and provide trusted information to physicians, physicians in training and their families. A first activity of the centre was to provide, through partnership with the CIHR's Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, \$100,000 in physician health research funding.

This funding is currently supporting two research projects. One will develop a guide of common indicators for Canadian physician health programs. This will generate a national profile of the physicians who use the programs, the services provided and their outcomes. The second will study the psychodynamics and physicians' work to allow for a better understanding of the dynamics of problems such as stress, burnout, addiction and violence in the workplace.

These efforts must be bolstered. Other health providers are also impacted by mental illness and need support. The health care provider community needs help in terms of the reduction of stigma, access to resources, and supportive environments.

I know some of what I have said today will have been familiar to members of the committee, given the impressive list of round tables, witness testimony, and submissions that you have reviewed already as part of your study on mental health. I only hope my comments will be of help in your important efforts, and lead to real progress in addressing the largely unmet mental health and mental illness needs in Canada.

I would direct you once again to the presentation we made to you and the document that has our five recommendations for action. Thank you.

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group, Ontario Hospital Association: Thank you, Mr. Chairman, for the opportunity to have the OHA comment on issues related to mental health and mental illness.

I would like to begin by reinforcing the urgent need for action. As you have just heard, 20 per cent of Canadians will experience a mental illness or substance abuse problem at some point in their lives — 3 per cent a serious, persistent form of mental illness. Mental illness accounts for between 13 per cent and 14 per cent of disability worldwide, and the share of disability is increasing.

médicaux de l'AMC a révélé que 45,7 p. 100 des médecins sont en état d'épuisement avancé. Les médecins, et en particulier les femmes médecins, semblent plus exposés au suicide que la population en général.

L'AMC a participé à de nombreuses activités à cet égard, y compris au lancement, l'année dernière, du Centre pour la santé et le mieux-être des médecins. Ce centre d'information est une entité de coordination qui appuie la recherche et fournit de l'information digne de confiance aux médecins, aux étudiants en médecine et aux membres de leur famille. Une des premières activités du centre a consisté à fournir, dans le contexte d'un partenariat avec l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, 100 000 \$ en financement pour la recherche sur la santé des médecins.

Ce financement subventionne actuellement deux projets de recherche. Le premier vise à créer un guide d'indicateurs communs à l'intention des programmes de santé des médecins du Canada. Le projet créera un profil national des médecins qui ont recours aux programmes, des services offerts et de leurs résultats. Le deuxième projet porte sur la psychodynamique du travail du médecin afin de permettre de mieux comprendre la dynamique des problèmes comme le stress, l'épuisement, la toxicomanie et la violence au travail.

Il faut appuyer ces efforts — d'autres prestations de soins de santé sont aussi touchées par la maladie mentale et ont besoin d'aide. La communauté des soins de santé a besoin d'aide sur les plans de la réduction du stigmate, de l'accès aux ressources et des environnements d'appui.

Je sais qu'une partie des questions que j'ai abordées aujourd'hui sont familières aux membres du comité, étant donné la liste impressionnante des tables rondes qui ont eu lieu, de témoignages que vous avez déjà entendus et des mémoires que vous avez reçus dans le contexte de votre étude sur la santé mentale. J'espère seulement que mes commentaires éclaireront vos efforts importants et déboucheront sur des progrès réels vers la satisfaction des besoins auxquels, pour la plupart, on ne répond pas dans les domaines de la santé mentale et des maladies mentales au Canada.

Je vous recommande à nouveau à vous reporter au document que nous vous avons fait parvenir dans lequel vous trouverez nos cinq interventions recommandées. Merci.

Le Dr Paul Garfinkel, président du Groupe de travail sur la santé mentale, Association des hôpitaux de l'Ontario: Merci, monsieur le président, de permettre à notre association de participer à votre réflexion sur la santé mentale et la maladie mentale.

J'aimerais d'abord répéter qu'il est urgent pour vous d'agir. Comme vous l'avez entendu dire, 20 p. 100 des Canadiens souffriront d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie au cours de leur vie; 3 p. 100 d'entre eux souffrent d'une maladie mentale grave persistante. Les maladies mentales comptent pour environ 13 à 14 p. 100 des invalidités à l'échelle mondiale, et cette proportion ne cesse d'augmenter.

The most important statistic I can give you about mental illness is that more than two-thirds of people who need care get absolutely no care at all. For children, the elderly and immigrants, the figures are worse than that. Despite these numbers, mental health care is largely absent from health care reform initiatives.

Government investment in mental health care services is desperately needed. In Ontario last year, just over 4 per cent of the health care budget was spent on mental health — the same percent of the health budget in 1984. Only 1 per cent of Ontario's health care funding serves community-based mental health care services.

We believe it is extremely important to bring mental health into the mainstream. People with mental illnesses should be treated as any other people with suffering and pain. The Canada Health Act has excluded people who are in mental hospitals, reflecting the stigma of the times in which it was drafted. We feel there should be building on the work already under way through the First Ministers' Accord: Mental health and addictions should be included in a national home care program; we need to address the needs of people with mental illness for access to prescription drug use; and we need to include mental illness and substance abuse within primary care reform initiatives.

We see five priorities for action. The first is an investment in community-based mental health care services. There are many reasons for this — they are listed in my handout to you — including humane and economic ones. This community-based care has to include peer support, and family and consumer advocacy initiatives. We must listen to the knowledge and experience of those who have experienced these illnesses.

Critical investments are required for early intervention to improve access. As I said, over two-thirds of the patients who need care receive absolutely none. Some do not realize they are ill. Some are frightened off by the stigma. At times, the primary physician does not recognize the illness, and other times, the resources are not available. Early intervention is critical for outcome.

Housing, income and employment support are very important to the outcome to these disorders. We also need to improve access to remote care. For example, video conferencing is extremely effective. Studies of video conferencing show that the outcomes can be as good as direct office visits.

We also have a special problem reflecting people with both substance abuse and mental illness. About 40 per cent of people with substance abuse problems have this kind of concurrent disorder. Few people in this country are trained to deal with these shared problems.

Mais voici le chiffre le plus important en matière de maladie mentale: plus de deux tiers de ceux qui nécessitent des soins ne reçoivent jamais d'aide. Or, les chiffres sont encore pires chez les enfants, les personnes âgées et les immigrants. Et malgré ces chiffres, les soins de santé mentale sont largement absents dans les initiatives de réforme des soins de santé.

Il faut de toute urgence que l'État investisse dans les soins de santé mentale. L'an dernier, en Ontario seulement, un peu plus de 4 p. 100 du budget de santé est allé à la santé mentale — le même pourcentage qu'en 1984. Seulement 1 p. 100 du budget de santé de l'Ontario est allé aux services communautaires de santé mentale.

Il est urgent d'inclure la santé mentale dans les soins de santé généraux. Ceux qui souffrent de maladies mentales doivent être traités tout comme les autres qui souffrent d'autres maladies. La Loi canadienne sur la santé a exclu ceux qui se retrouvent dans des hôpitaux pour maladies mentales, ce qui illustre encore le stigmate qui existait à l'époque de sa rédaction. Il faut, à notre avis, bâtir sur ce qui se fait déjà dans le cadre de l'accord des premiers ministres: il faut inclure la santé mentale et les toxicomanies dans un programme national de soins à domicile; il faut assurer l'accès des malades mentaux à l'assurance-médicaments; et il faut inclure la maladie mentale et les toxicomanies dans les initiatives de réforme des soins primaires.

Nous proposons cinq mesures à prendre en priorité. D'abord, investir dans les services communautaires de santé mentale, ce qui s'explique par les raisons qui se trouvent énumérées dans la présentation que je vous ai distribuée et qui inclut des raisons humanitaires et économiques. Ces soins dans la collectivité doivent englober le soutien par les pairs, de même que les initiatives familiales et de protection des consommateurs. Il nous faut écouter ceux qui ont vécu ces maladies et qui en ont donc la connaissance et l'expérience.

L'investissement est crucial pour permettre l'accès aux soins de façon précoce. Comme je le disais, plus de deux tiers des patients qui ont besoin de soins ne reçoivent absolument aucune aide. Certains ne savent même pas qu'ils sont malades et d'autres craignent le stigmate. Parfois, il arrive que le premier médecin rencontré ne reconnaisse pas la maladie, et parfois aussi, ce sont les ressources qui ne sont pas disponibles. Une intervention précoce est donc essentielle pour obtenir des résultats.

Pour soigner avec succès ces maladies, il faut aussi investir dans le logement, le soutien du revenu et l'emploi. Il faut également prévoir l'accès aux soins en région éloignée. Il semble, notamment, que les vidéoconférences donnent d'excellents résultats. D'après nos études de ce système, les résultats peuvent être aussi bons que s'il s'agissait d'une visite directe au cabinet du médecin.

Les gens qui souffrent à la fois de troubles mentaux et de toxicomanie posent un problème spécial. Environ 40 p. 100 de ceux qui sont toxicomanes souffrent également d'autres maladies concomitantes. Or, peu de médecins canadiens sont formés pour traiter ces problèmes simultanés.

Our second priority relates to integration and continuity of care. Currently, the system is fragmented, with huge gaps in service. We have long waits for treatment. At the facility that I work in, someone with an obsessive-compulsive disorder, autism or a developmental handicap with a mental illness can wait for months for assessment. In many regions of the country, however, key services are just not available.

We lack standardization of core services in mental health, and people have difficulty accessing services or moving from one part of the system to the next. We believe that models for integration should be flexible and tailored to the needs of the local community. The models have to be client-centred and end the divide between physical and mental health. They need to enhance collaboration to meet the needs of people with a variety of problems, including those who have both a mental illness and a substance abuse problem. A great deal of attention has to be provided to the issue of information, sharing of information and use of information technology in this sector.

Our third priority is the national strategy. As you have just heard, Canada lags behind other countries. In Australia in 1992, a national strategy was adopted. The United States, in 1999, made a commitment to improve mental health for all the people in their country.

In our view, the national strategy should have a number of components. The first issue is public education, health promotion and anti-stigma work. This is education for the general public using role models and other means of education: education in school and of health professionals who often share in perpetuating the stigma. The second issue is research. The third is information and data collection. The fourth is a human resources strategy, as you have heard, and the final is a national policy framework that defines the roles of various governments and ministries.

Our fourth priority is to set national standards. In this respect, we are talking about building capacity in the system through education: education of nurses, psychologists, social workers, occupational therapists, and of family physicians who do need more training in order to take on some of the difficult problems our patients present with.

Similarly, research and development becomes a very important part of the national strategy. We have learned more about the brain in last 10 years than we learned in the previous 100. We have also learned about interpersonal and inter-societal functioning. We have much better research methodology. However, we have challenges relating to how new knowledge is implemented and how this affects day-to-day practice through the country.

En deuxième priorité, nous proposons l'intégration et la continuité des soins. Le système est présentement fragmenté et présente de nombreuses lacunes dans les services. Les listes d'attente sont longues. Là où je travaille, celui qui souffre d'un trouble obsessionnel compulsif, d'autisme ou d'un retard de développement dû à une maladie mentale peut attendre des mois avant d'être évalué. Dans bien des régions du pays, les services essentiels ne sont tout simplement pas disponibles.

On constate un manque de normalisation des services fondamentaux de santé mentale, et les gens ont du mal à accéder aux services ou sont renvoyés d'un service à l'autre. Les modèles d'intégration devraient être flexibles et adaptés aux besoins locaux. Il faut donc qu'ils soient axés sur les clients et que l'on mette fin à la dichotomie qui existe entre santé physique et santé mentale. La collaboration doit être plus grande pour répondre aux besoins de ceux qui souffrent d'une variété de problèmes, notamment de ceux qui souffrent à la fois d'une maladie mentale et de toxicomanie. Il faudrait s'attarder au problème de partage d'information et d'utilisation de la technologie de l'information dans ce secteur.

La troisième priorité, c'est une stratégie nationale. On vous l'a déjà dit: le Canada est en retard sur d'autres pays. L'Australie a déjà adopté une stratégie nationale en 1992. En 1999, ce sont les États-Unis qui se sont engagés à améliorer la santé mentale de tous les Américains.

Le plan d'action national doit comprendre un certain nombre d'éléments. Le premier, c'est l'information de la population, la promotion de la santé, et la lutte contre la stigmatisation. On parle ici d'informer la population en utilisant des modèles à qui les gens peuvent s'identifier, et d'autres moyens aussi d'éducation: je parle ici de l'éducation dans les écoles et de l'éducation des professionnels de la santé qui jouent aussi un rôle dans la perpétuation du stigmate. Le deuxième élément, c'est la recherche. Le troisième, ce sont les systèmes d'information et de collecte de données. Le quatrième, c'est la stratégie des ressources humaines en santé, dont on vous a déjà parlé; et le dernier élément, c'est un cadre de politique nationale qui définisse les rôles des divers gouvernements et ministères.

Fixer des normes nationales, c'est notre quatrième priorité. À cet égard, il s'agit de développer les capacités du système par le truchement de l'éducation: celle des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des médecins de famille qui ont en effet besoin d'être mieux formés pour pouvoir soigner certains des problèmes difficiles que présentent leurs patients.

La R et D est un aspect très important de cette stratégie nationale. Au cours des dix dernières années, nous avons plus appris sur le cerveau qu'au cours du siècle dernier. Nous avons aussi beaucoup appris sur les relations interpersonnelles et sur le fonctionnement à l'intérieur de la société. Nos méthodes de recherche se sont grandement améliorées. Toutefois, des défis se posent en matière de mise en application des nouvelles connaissances et de leurs répercussions sur la pratique quotidienne des médecins d'un bout à l'autre du Canada.

We do believe that federal funding should be targeted to research and development dealing with treatment innovations, developing benchmarks to aid and strengthen accountability, and in developing information systems in assisting with data collection.

Finally, our fifth priority is federal funding for Aboriginal services. As you know, the mental health and addiction services needs for the Aboriginal population continue to increase. The suicide rate amongst Aboriginals in Canada is five times that of the rest of the country. Programs and services for Aboriginal people are disjointed, uncoordinated or nonexistent. At the hospital where I work, we have five people serving a very significant population in downtown Toronto, probably 50,000 to 70,000 people. There is an urgent need for culturally appropriate mental health and addiction services for this community. Federal funding is critical to provide community support such as housing, education and employment, which is so fundamental to treatment and recovery. We need to provide appropriate community mental health supports to assist Aboriginal communities to develop services to address their own needs.

In conclusion, the lack of progress in the mental health and addictions world is a reflection of stigma. It would not be tolerated for other illnesses of similar severity or prevalence. The federal government can play a key role and ensure mental health and addictions are included in a reformed health care system. There should be a lead taken to develop a national strategy on mental health and addictions. Set national standards in education and research, investment in community-based services, and support efforts to create a more integrated and seamless system of care.

Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board, Canadian Psychiatric Association: Mr. Chairman and members of the committee, in addition to being chairman of the board of Canadian Psychiatric Association, I am a clinician and researcher. I run the in-patient anorexia program at the Toronto General Hospital in Toronto. I grapple with these issues on a day-to-day basis.

I will be very brief with the first part of my presentation, because much of it is similar to what has already been said, and I will move reasonably promptly to our recommendations about how we can build on the work that has been done to this point and try to be as specific as possible.

The Canadian Psychiatric Association represents 3,000 psychiatrists across the country. It is a voluntary association. We have been around for about 55 years. We are interested in facilitating the development of the best possible forms of mental health care in the country for the benefit of the citizens of the country.

Les fonds du gouvernement fédéral devraient servir à la R et D de traitements novateurs, à l'établissement des points de repère pour améliorer et renforcer le système de reddition de comptes, et à la mise au point de systèmes d'information pour faciliter la collecte de données.

Enfin, notre cinquième priorité vise le financement fédéral des services aux Autochtones. Vous savez bien que les besoins des Autochtones en matière de santé mentale et de toxicomanie ne cessent d'augmenter. Le taux de suicide chez les Autochtones canadiens est cinq fois plus élevé qu'ailleurs au pays. Les programmes et services destinés aux Autochtones sont disjointes, non coordonnés ou inexistantes. L'hôpital où je travaille ne compte que cinq personnes desservant 50 000 à 70 000 personnes, ce qui représente une population importante dans le centre-ville de Toronto. Il faut de toute urgence des services de santé mentale et de toxicomanie qui tiennent compte des spécificités culturelles de cette population. Le financement du gouvernement fédéral est essentiel pour assurer des soutiens communautaires tels que le logement, l'éducation et l'emploi qui revêtent une grande importance dans le traitement et le rétablissement. Enfin, il faut assurer des soutiens communautaires en santé mentale afin d'aider les collectivités autochtones à se doter de services qui répondent à leurs propres besoins.

En guise de conclusion, je dirais que l'inaction en santé mentale tient à la stigmatisation: elle ne serait pas tolérée pour d'autres maladies aussi graves ou répandues. C'est pourquoi le gouvernement fédéral peut jouer un rôle essentiel en assurant l'inclusion de la santé mentale et des toxicomanies dans un système de santé réformé. Le gouvernement doit prendre l'initiative d'établir une stratégie nationale de santé mentale. Il doit fixer des normes nationales en matière d'éducation et de recherche, et investir dans les services et les soutiens communautaires pour mettre en place un système de soins mieux intégré et sans hiatus ni rupture.

Le Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration, Association des psychiatres du Canada: Monsieur le président et mesdames et messieurs du comité, en plus de mon poste de président du conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada, je suis également clinicien et chercheur. Je dirige le programme d'hospitalisation des patients anorexiques à l'Hôpital général de Toronto, à Toronto. Je fais donc face à ces problèmes quotidiennement.

Mon exposé sera très bref, car je ne ferais que répéter ce qui vous a déjà été dit. Je vais donc passer assez vite à nos recommandations sur la façon dont le gouvernement peut miser sur ce qui a déjà été fait jusqu'ici. J'essaierai d'être le plus précis possible.

L'Association des psychiatres du Canada représente 3 000 psychiatres partout au Canada. Nous sommes une association bénévole qui existe depuis quelque 55 ans. Nous voulons faciliter le développement des meilleures formes de soins possibles en santé mentale, pour aider nos citoyens.

Partnerships are very important to us. There is a long tradition in psychiatry of working in teams or groups. We have known for decades that we cannot do it all, so our partnerships with groups such as the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health are extremely important for us.

Psychiatrists have a large number of roles to play — perhaps larger than some of you realize. In addition to the clinical practice, psychiatrists are very involved in teaching, research and administration — in some cases increasingly involved in administration. These multiple roles lead to increasing challenges for psychiatrists on day-to-day basis.

One of the most difficult challenges that psychiatrists face is what Dr. Pamela Forsythe, from New Brunswick, has called the “snakes and ladders” of mental health care. For example, you are a graduate student from Alberta doing your masters degree in Ottawa. You roll a three, and you develop bipolar disease; that is a “snake.” Then you roll a four, and you are admitted to the Royal Ottawa Hospital, one of the leading institutions for treatment of bipolar disease in the country; that is a ladder. Then you roll a two and go along for a couple of months. Then three months have passed and Alberta will no longer pay for your treatment. The ROH discharges you. That is a six, and you go down another snake.

Is there any part of health care in this country where something like that would happen? Would we tolerate that occurring with any other illness in this country? Why is it happening now with people with bipolar disease? A particular problem that psychiatrists face is trying to manage frankly bizarre and Byzantine rules about the provision of what should be a very basic provision of health care services.

In respect of their treatment goals, psychiatrists want to reduce disability, dysfunction and death. It is important to recognize that death through suicide claims the lives about 4,000 people in Canada per year — that is every year; it is a really big problem. We are not just talking about the “worried well.” We are talking about people with severe and persistent mental illness, a substantial number of who die from their illnesses every year.

Dr. Garfinkel and Dr. Patel have reviewed the spectrum of need that is present for people with mental illnesses. I will briefly recap, because it helps formulate how you try to attack this problem and reform the mental health system.

People have different needs across the lifespan; children have different needs than seniors and middle aged adults. Different communities have different needs. Aboriginal communities and rural and remote communities have different needs. Women have different needs than men. Cultural groups have specific needs. Individuals in federal prisons have a particular collection of needs

Les partenariats nous tiennent beaucoup à coeur, et ils constituent une tradition de longue date en psychiatrie, où on trouve des équipes et des groupes de travail. Cela fait plusieurs décennies que nous avons appris que nous ne pouvons pas tout réussir par nous-mêmes, et c’est pourquoi nos partenariats avec des associations telle que l’Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale nous tiennent beaucoup à coeur.

Les psychiatres doivent jouer plusieurs rôles — plus que vous ne le sauriez. Outre leur pratique clinique, les psychiatres doivent enseigner, faire de la recherche et de l’administration, et leurs tâches administratives sont parfois de plus en plus prenantes. Cette multiplicité des rôles pose un défi accru pour les psychiatres dans leur quotidien.

L’un des défis les plus ardues pour les psychiatres, c’est justement ce que la Dre Pamela Forsythe du Nouveau-Brunswick appelle le jeu des serpents et échelles des soins de santé mentale. Supposons que vous soyez un étudiant albertain inscrit à la maîtrise à Ottawa. Si vous jouez aux dés, obtenez un trois et développez la maladie bipolaire, ce serait considéré comme un serpent. Puis, si vous obtenez un quatre, vous pourriez être admis à l’hôpital Royal d’Ottawa, l’une des institutions les plus en vue pour le traitement des troubles bipolaires au Canada; ce serait une échelle pour vous. Puis, toujours avec le dé, vous obtenez un deux et suivez vos traitements pendant deux mois. Au bout de trois mois, l’Alberta refuse de continuer à payer votre traitement et vous recevez votre congé de l’hôpital. Vous avez donc frappé un six aux dés et descendu le long d’un autre serpent.

Pourrait-on dire la même chose de quelqu’autre domaine de la santé au Canada? Tolérerions-nous cette situation pour toute autre maladie dans notre pays? Pourquoi tolère-t-on chez ceux qui souffrent du trouble bipolaire? Or, on demande aux psychiatres de s’y retrouver dans cet amalgame de règles bizarres et parfois franchement obscures qui régissent des soins de santé qui devraient être offerts à tous.

L’objectif du traitement dispensé par le psychiatre, c’est de réduire les incapacités, les dysfonctions et la mortalité. Il est important de savoir que les cas de mortalité par suicide se chiffrent à 4 000 au Canada par an: c’est énorme! Nos patients ne sont pas uniquement les biens portants qui ont des préoccupations. Nos patients, se sont des gens qui souffrent de maladies mentales graves et persistantes qui les tuent en grand nombre chaque année.

Les Drs Garfinkel et Patel ont revu pour vous l’ensemble des choses dont avaient besoin ceux qui souffrent de maladies mentales. Je ferai une brève récapitulation, car elle vous aidera à mieux formuler la stratégie nécessaire en vue d’attaquer ce problème et de réformer le système de santé mentale.

Chez chacun, les besoins diffèrent selon le cycle de vie: les enfants n’ont pas les mêmes besoins que les personnes âgées ou que les adultes d’âge moyen. Les besoins diffèrent en fonction des milieux. En effet, les collectivités autochtones et les collectivités rurales et éloignées ont des besoins différents. Les besoins des femmes ne sont pas les mêmes que ceux des hommes. Chaque

that are not addressed at the present time.

There is also the continuum of severities. Psychiatrists are sufficiently short in number in this country that we mainly see very ill people; we do not have the time to see the worried well. We are too busy for that. People do not understand that.

That forensic population is a real problem that you need to think about carefully. The resources required to deal with people in federal prisons will just be enormous. That is something that nobody wants to talk about, currently.

You know about the scope of the need. You know about the rates of disability related to mental health. You know that treatment makes a difference. You know that most people do not get treatment. You know that mental health is more than physicians giving out pills to people who are sick. It includes housing, social support, vocational rehabilitation — all of that stuff. You know that one of the biggest problems in the provision of mental health is the systematic discrimination that is applied to individuals with mental disorders in our society.

We often use the word “stigma.” In my opinion it is discrimination. That woman from Alberta was discriminated against on the basis of her medical diagnosis. This is one of the last areas in our society where it is acceptable to discriminate against people on the basis of their medical condition. That simply has to change.

I use the word “discrimination” rather than “stigma” because stigma is about shame. There is not much you can do about being ashamed except get over it. Discrimination is something we can take action about. We have taken action about many issues in our society in the past couple of decades and this is one we need to address now.

Everyone in this room agrees that it is time to act. We have spent 40 years drifting from the move to asylums to community-based treatment. It is time to make changes in the mental health care system and make it a major priority for policy-makers in this country.

In the year 2020, depression will comprise half of the disability in the industrialized world is not all that far off. You have heard that we are the only major industrialized country that does not have a national plan for mental health. In our view, that is a profound problem for us as Canadians.

The first step in our view has been the call for a national plan for mental health put out by the Canadian Alliance of Mental Illness and Mental Health. I believe that you have a copy of that. This was derived by a national group with stakeholders from all over the country. We managed to come to a consensus, which was an amazing feat, just as your committee managed to come to a consensus. As you know, the four action areas in the call for

groupe culturel a des besoins spécifiques. Ceux qui sont incarcérés dans les prisons fédérales ont une série de besoins qu'on ne comble certainement pas à l'heure qu'il est.

Il existe également un processus continu dans la gravité des maladies. Il y a si peu de psychiatres au Canada qu'ils ne traitent que les gens très malades, car ils n'ont pas le temps de traiter les préoccupations des biens portants. Ils sont beaucoup trop occupés pour cela. Or, cette réalité échappe à la plupart des gens.

Vous devrez songer sérieusement aux besoins que peuvent avoir toutes les personnes nécessitant des services de psychiatrie légale. Les ressources nécessaires pour traiter les incarcérés seront énormes. Or, on ne veut surtout pas en parler actuellement.

Vous connaissez la gamme des besoins. Vous connaissez aussi la proportion d'incapacité due à des maladies mentales. Vous savez que le traitement fait toute la différence et vous savez que la plupart des Canadiens ne reçoivent aucune aide. Vous savez que l'expression «santé mentale» ne s'applique pas uniquement aux médecins qui dispensent des pilules aux malades, mais qu'elle s'applique aussi au logement, au soutien social, à la réadaptation professionnelle, et à toutes sortes d'autres choses. Vous savez que l'un des plus graves problèmes dans la prestation de soins de santé mentale, c'est la discrimination qui se fait systématiquement à l'égard des individus qui, dans notre société, souffrent de troubles mentaux.

On parle souvent de stigmatisation. À mon avis, c'est de la discrimination. Cette étudiante de l'Alberta a fait l'objet d'une discrimination fondée sur le diagnostic médical. Nous parlons ici de l'un des derniers motifs de discrimination le plus acceptable dans notre société, savoir l'état de santé. Il faut que cela change.

J'emploie le mot «discrimination» au lieu de «stigmatisation», lequel est associé à la honte. Or, il ne sert à rien d'avoir honte, et il faut se débarrasser de ce sentiment, tandis qu'il est possible d'agir pour lutter contre la discrimination. Nous avons mené beaucoup de combats dans notre société au cours des dernières décennies, et c'est celui-ci que nous allons désormais mener.

Vous serez tous d'accord pour dire qu'il est temps d'agir. Cela fait 40 ans que l'on s'éloigne des asiles pour traiter dans la collectivité. Il est temps d'apporter des changements au système de soins de santé mentale et d'en faire une priorité absolue pour les décideurs politiques canadiens.

En 2020, ce qui n'est pas si loin, la dépression représentera la moitié des cas d'incapacité dans le monde industrialisé. On vous a expliqué que le Canada était le seul grand pays industrialisé à ne pas avoir de plan national sur la santé mentale, ce qui, à notre avis, est très grave pour les Canadiens.

Le premier pas dans la bonne direction a été fait, à notre avis, lorsque l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a exigé un plan national sur la santé mentale. Je pense que vous avez reçu copie de la demande qui découle d'une réflexion entreprise par un groupe national de tous les intervenants de tout le Canada. Nous avons réussi à aboutir à un consensus, ce qui est très exceptionnel, tout comme votre

national action plan are a public information arm, a research arm, a national data arm and a policy framework to facilitate a system that is responsive to needs.

Where does psychiatry fit into this? We know that you want me to talk about psychiatry's specific role in mental health reform. There are three areas where psychiatry has work to do and where we need some help from you as well. The first is awareness. The second is access. The third is accountability. Let me talk about each of those in turn.

With respect to awareness, the first element is attitude. That is, combating discrimination and stigma. There is a certain amount of institutionalized discrimination inside the profession. We acknowledge that and it is our job to take care of that. We need help from federal leaders to combat societal discrimination and stigma. The second element is knowledge generation and the research capacity in this country. I mentioned before that I am a researcher and clinician. I am a mid-career researcher; I am 47 years old. Ninety per cent of my research money — and I hold several million dollars' worth of grants — comes from outside this country. I cannot get funding from inside this country to conduct my research. I am a successful researcher. I can get money from the United States or private foundations, but I cannot get money from Canada.

The Canadian Institutes for Health Research, CIHR, is making good strides. They are making a good start to try to address this problem. We need to do so much more to properly fund mental health research in this country. We must transfer the information that is derived from research both to the general public and to the profession. We need a mechanism to ensure that that is done in a sustainable fashion.

The second area is access. The most important thing about access is to remove barriers. As we try to transform the mental health system into a more community-based system, we need to ensure that we do not recreate the asylum. People with mental disorders need to feel that they have multiple entry points into the system. They do not want to go through one set of doors, as they had to do 50 years ago. We need to ensure that the barriers are removed from funding for medications to treat these mental illnesses.

We need minimum, acceptable, national standards for care. I treat the most severe individuals with anorexia nervosa. These people are down to 50 per cent or lower of chart average weight — for example, a person who is 5 foot 4 inches tall and weighs about 60 pounds. These people wait four to six months for treatment. I am a sole service provider. There is no other program. If that were your daughter, how would you feel about that? We need some standards for what is acceptable.

comité à dégager une opinion consensuelle. Vous avez donc appris que les quatre secteurs dans lesquels le plan d'action national doit agir, sont: l'information publique, la recherche, la création d'une banque de données nationales et un cadre politique pour faciliter la rétroaction d'un système en fonction des besoins.

Comment la psychiatrie s'inscrit-elle dans ce plan? Vous souhaitez m'entendre parler du rôle spécifique de la psychiatrie dans la réforme de la santé mentale. La psychiatrie doit oeuvrer dans trois secteurs, et avec votre aide. Ces secteurs sont la conscientisation, l'accès et l'imputabilité. Laissez-moi vous expliquer chacun d'eux.

Le premier élément de la conscientisation, c'est l'attitude qui sert à combattre la discrimination et les stigmates. Or, à l'intérieur même de la profession, on trouve une certaine discrimination institutionnalisée. Nous le reconnaissons et c'est à nous d'agir. Nous avons besoin d'aide de la part des chefs de file fédéraux pour combattre la discrimination et les stigmates dans la société. Le second élément, c'est la production de connaissances et la capacité de recherche au Canada. Je vous ai déjà expliqué qu'à 47 ans, j'étais chercheur et clinicien à mi-chemin dans sa carrière. Quatre-vingt-dix pour cent de mes fonds de recherche — et j'ai des subventions à hauteur de plusieurs millions de dollars — proviennent de l'extérieur du Canada. C'est parce que je suis incapable d'obtenir des fonds de recherche du Canada. Et pourtant, mes recherches sont couronnées de succès. Ironiquement, je reçois des fonds des États-Unis ou de fondations privées, mais pas du Canada.

Les instituts de recherche en santé du Canada font de grands progrès et cherchent à corriger la situation. Mais il faut beaucoup plus pour subventionner convenablement la recherche en santé mentale au Canada. Nous devons transmettre l'information recueillie lors des recherches à la population en général et aux professionnels de ce secteur, et il faut donc un mécanisme pour que cela se fasse de façon durable.

Le deuxième secteur étant l'accès, le plus important est d'abattre les barrières. Plus nous cherchons à transformer le réseau de la santé mentale en un réseau plus axé sur la collectivité, plus nous devons faire en sorte que nous ne recréons pas les asiles. Ceux qui souffrent de troubles mentaux ont besoin de sentir qu'ils peuvent avoir accès au réseau à partir de plusieurs points d'entrée. Ils ne veulent pas y entrer par une seule porte, comme cela se faisait il y a 50 ans. Il faut donc supprimer des obstacles au financement des médicaments pour traiter les troubles mentaux.

Le Canada a besoin d'un minimum de normes nationales acceptables pour dispenser les soins. Je traite moi-même les personnes les plus gravement atteintes d'anorexie nerveuse et qui se trouvent jusqu'à 50 p. 100 ou encore plus en deçà de leur poids moyen selon les tableaux — c'est par exemple le cas d'une personne de 5 pieds 4 pouces qui ne pèse que 60 livres. Or, ces gens peuvent attendre de quatre à six mois pour se faire traiter, car je suis le seul qui offre ce service. Il n'existe aucun autre programme. S'il s'agissait de votre fille, qu'en penseriez-vous? Nous avons besoin de normes établissant ce qui est acceptable.

We need a national psychiatric and mental health education strategy so that we can train psychiatrists and other mental health care workers in a flexible fashion so that they can respond to changing needs in our society.

Finally, we need a human resources strategy not only for psychiatry but also for all of mental health. Psychiatry is a shrinking specialty; by 2020 there will be about two-thirds as many of us as there are now if something does not change.

In my view, it is unacceptable and immoral to continue to solve our manpower problems by, for example, recruiting three of the last five psychiatrists from Uganda to an under-serviced part of Ontario. It is not acceptable in a wealthy country such as ours to steal physicians from other countries. We must have a solution that is made-in-Canada and sustainable for the long term. I will elaborate on that shortly.

In respect of access, we need to support innovations to improve access to specialize care to the under-serviced groups mentioned earlier. I would like to tell you about the shared care initiative, an important initiative focused on helping psychiatrists and family doctors work together. It is a good thing. It probably improves outcomes. It also makes the physicians — and patients — much happier. It is not a panacea. There is a shortage of family doctors as well. Trying to transfer the load from psychiatry to general practice is probably not feasible because there are just not enough family doctors to take up the slack. It is an important initiative. That is something on which we must continue to focus.

However, it will not solve the human resource problem. Collaborating with other mental health practitioners will not solve it either. There are shortages across the system in all disciplines.

The third area is accountability. As you have heard, we are talking dollars and cents here. If we are suggesting that resources need to be applied to this problem, there must be accountability mechanisms in place. That is very important. The first element of accountability is good surveillance of mental health. That means more than just the length of stay in hospital. The Statistics Canada mental health survey that was published in the fall was an excellent start. That was the first population based survey of mental illnesses ever done in this country. Can you imagine if 2003 were the year of the first survey of heart disease or cancer in this country? That would be appalling. We need a better surveillance system.

We need surveillance of clinical practice and information provided both to the profession and to the public about what constitutes appropriate and effective treatments for mental

Il nous faut une stratégie nationale pour les traitements psychiatriques et pour la santé mentale qui permette de former des psychiatres et les autres travailleurs dans les soins de santé mentale d'une façon suffisamment souple pour qu'ils puissent réagir à l'évolution des besoins de la société.

Enfin, il nous faut une stratégie de ressources humaines qui s'applique non seulement au domaine de la psychiatrie mais aussi à l'ensemble de la santé mentale. La psychiatrie est en effet une spécialité en voie de disparition: d'ici 2020, si nous ne changeons rien dans notre façon de faire, on aura perdu un tiers d'entre nous.

À mon avis, il est admissible et amoral de continuer à résoudre le problème d'inadéquation de la main-d'oeuvre en recrutant, par exemple, trois des cinq derniers psychiatres pratiquant en Ouganda pour les envoyer dans une partie sous-desservie de l'Ontario. Comment un pays riche comme le nôtre peut-il voler les médecins d'autres pays? Nous avons besoin d'une solution faite au Canada et durable à long terme, et j'y reviendrai sous peu.

En ce qui concerne l'accès, il faut soutenir les innovations destinées à offrir aux groupes mal desservis dont j'ai parlé tantôt un plus grand accès aux soins spécialisés. Laissez-moi vous parler d'une importante initiative, celle des soins partagés, qui visent à faire travailler en collaboration les psychiatres et les médecins de famille. C'est une excellente initiative qui fait sans doute beaucoup pour améliorer les résultats. De plus, médecins et patients en sont beaucoup plus heureux. Bien sûr, ce n'est pas la panacée puisqu'il existe aussi une pénurie de médecins de famille. Faire passer une partie de la charge de travail des psychiatres aux généralistes, ce n'est sans doute pas faisable comme solution, puisqu'il n'y a pas suffisamment de médecins de famille pour ramasser la balle. Mais il faut continuer à soutenir cette initiative importante.

Elle ne parviendra néanmoins pas à résoudre le problème de nos ressources humaines. Collaborer avec d'autres praticiens du domaine de la santé ne résoudra rien non plus, puisqu'il y a des pénuries dans toutes les disciplines.

J'ai mentionné en troisième lieu l'imputabilité. Vous nous avez entendu mentionner des montants d'argent. Si, comme nous le suggérons, il faut résoudre le problème en y injectant plus d'argent, cela implique qu'il doit y avoir des mécanismes de reddition de comptes, et c'est très important. Le premier aspect de cette reddition de comptes, c'est une bonne surveillance de la santé mentale. Autrement dit, il ne faut pas uniquement tenir compte de la durée d'hospitalisation. Le sondage publié à l'automne par Statistique Canada était un excellent point de départ, puisqu'il s'agissait là du premier sondage basé sur la population jamais fait au Canada sur les maladies mentales. Imaginez un peu la situation si on avait attendu 2003 pour faire le premier sondage sur les maladies cardiovasculaires ou sur le cancer? Ce serait scandaleux. Il nous faut donc un meilleur système de surveillance.

Il nous faut faire un contrôle continu de la pratique et de la formation clinique fournies à la fois aux professions et à la population, pour que l'on sache quels sont les traitements

disorders so that people will not buy pigs in a poke and they know what is safe and they know what is not.

Finally, it is our responsibility as a profession to ensure that we are competent, that we are not only well trained but we also maintain our competence over time.

What will it take? The first thing it will take is that we continue to urge the adoption of a detailed national action plan that includes all the stakeholders and jurisdictions. This national action plan needs to have an evaluation framework so that we know that what we are planning to do is having some useful outcomes. The development of this plan in and of itself will not change anything, but it would set the national tone. It would get people on side and secure commitments.

We will need to invest some money in this system. We will also need to reallocate some of the existing resources. We will not be able to do it solely by reallocating existing resources, which are stretched to the maximum now.

There are some things for which the federal government can and should take responsibility. The first is leadership. That is, leadership and policy development, integrating and integration and framing the action plans and some funding. In addition, the federal government has a role for helping out with public education, a role for this cross-jurisdictional data collection, a role in monitoring and regulating safety of treatments, a role in building and developing research capacity in this country, a role in setting standards for best practices, and a very important role to ensure that mental health components are added to the public health mandate that the government has recently established. At present, that is absent. That is a critical piece that the federal government must take on.

Finally, again, the federal government must take the lead, in our view, in developing a national, cross-jurisdictional, independent, long-term, sustainable human resource plan for mental health practitioners. All of these components are needed. This cannot be done jurisdiction by jurisdiction or we will be in the same mess we are now.

We think the development of an interim integrative body accountable, perhaps, to the Minister of Health to oversee this process might be useful. It has proven to be difficult to make any progress using existing mechanisms over the last two or three decades. We think some sort of independent body would be useful to help deal with some entrenched jealousies and competition in this area.

I should like to present our recommended first steps. First, there should be a policy announcement that mental health is a national health priority in this country and that there is intent to move forward to develop a national action plan. Second, we suggest that the development of this independent, integrative body would be useful. Third, we suggest the public health agency

appropriés et efficaces en matière de troubles mentaux et pour que l'on cesse d'agir à l'aveuglette et qu'on sache mieux ce qui est sûr comme traitement et ce qui ne l'est pas.

Enfin, notre profession doit faire en sorte que nous soyons compétents, que nous soyons non seulement bien formés, mais que nous puissions également maintenir au fil des ans notre compétence.

Comment? En premier lieu, nous devons continuer à exhorter le gouvernement à adopter un plan d'action national détaillé qui fasse appel à tous les intervenants ainsi que les provinces et territoires. Ce plan d'action national doit comporter un cadre d'évaluation qui permette de déterminer si notre planification donnera des résultats utiles. Ce n'est pas l'élaboration du plan qui, en soi, changera quoi que ce soit, mais il donnera le ton à ce qui se fait au Canada et cela permettra d'obtenir l'adhésion de la population ainsi que des engagements fermes.

Il faudra également investir dans le système tout en réaffectant certaines des ressources actuelles. En effet, nous ne pouvons compter uniquement sur une réaffectation des ressources actuelles, puisqu'elles sont présentement étirées au maximum.

Le gouvernement fédéral peut et doit agir en faisant certaines choses. La première, c'est de montrer la voie dans l'élaboration de la politique, dans l'intégration et dans l'élaboration de plans d'action assortis de financement. En outre, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière d'éducation de la population; il doit permettre la cueillette de données d'une province et d'un territoire à l'autre; il doit surveiller et réglementer les traitements pour s'assurer de leur innocuité; il doit développer la capacité de recherche au Canada et fixer les normes des pratiques exemplaires; et il doit aussi — ce qui est très important — veiller à ce que la santé mentale soit inscrite dans le mandat de la santé publique que s'est donné récemment le gouvernement. Or, actuellement, ce n'est pas le cas, même s'il s'agit d'une pièce essentielle que le gouvernement fédéral doit apporter à l'édifice de la santé publique.

Enfin, le gouvernement fédéral doit, à notre avis, montrer la voie et élaborer un plan de ressources humaines destiné aux praticiens de la santé mentale qui soit renouvelable, à long terme, indépendant, national, mais qui s'applique à toutes les provinces. Toutes ces composantes sont nécessaires. Ce plan ne peut être différent d'une province à l'autre, sans quoi nous nous retrouverons dans le même borborygme qu'aujourd'hui.

Il serait peut-être utile, entre-temps, de créer un organe intégré qui rende des comptes au ministre de la Santé qui, à son tour, aurait un droit de regard sur toute la démarche. Les mécanismes déjà existants depuis 20 ou 30 ans se sont révélés bien inutiles pour réaliser quelque progrès que ce soit. Voilà pourquoi, à notre avis, il faut un organe indépendant qui puisse surmonter les jealousies bien incrustées et la concurrence.

Voici maintenant les premières étapes que nous vous recommandons de suivre. En premier lieu, le gouvernement devrait annoncer comme politique que la santé mentale devient une priorité nationale pour la santé des Canadiens et qu'il a l'intention d'élaborer un plan d'action national. En second lieu, il serait utile de mettre sur pied un organe d'intégration

include elements of mental health as part of its mandate. Finally, we recommend that Health Canada develop the capacity to assist in the development of this national plan that would include Health Canada recruiting on a contract basis individuals who are actually in clinical practice and involved in the delivery of mental health services.

In conclusion, we should not overlook the progress that has been made. This is not a totally awful situation. In 1998, when the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, was formed, mental health was nowhere on the radar screen; now it is firmly on the radar screen.

We must now to take the wonderful ideas that your committee and others have developed and start to put them into action.

The Chairman: I wish to thank all of you for your comments, in particular, for the focus on some things the federal government can do.

I wish to ask you a question that you may want to think about and then maybe get back to us.

As I listened to all of you talk about the nature of your delivery system, there was a discussion about more being done in the home, a discussion about community home services, a discussion about Dr. Woodside's collaborative model, and so on. I am struck by the fact that mental health services do not fit into the very rigid structure of the Canada Health Act. I know they are not now included in the Canada Health Act.

However, should we be looking at effectively trying to modify, somehow, the existing system to bring in all of the delivery systems that relate to mental health, or should we be saying, "Let us treat mental health and mental illness as its own piece of legislation separate from the Canada Health Act, funded by a different mechanism."

I worry about attempting to sweep it into the very rigid model of the Canada Health Act, which everyone regards as a panacea. In many ways it is a terrific piece of legislation, but it also has some rigid boundaries. I do not know how we could deliver under the Canada Health Act, services and the means to which they are actually delivered today in the mental health area.

When I raised this informally with some psychiatrist friends of mine they were appalled at the notion that we might actually suggest that mental health should not automatically be part of the formal health system. They find that a disquieting thought — I suppose it is okay to give psychiatrists disquieting thoughts. However, it seems to me that we really need some input from you on that. I cannot see a way in which the existing health system could be broadened enough to deliver all the services that you deliver without sweeping in everything else. We cannot have universal home care. The country cannot afford it and there are all kinds of problems with potential boondoggles that we talked about in our last report.

indépendant. En troisième lieu, nous suggérons que l'agence de santé publique englobe dans son mandat des éléments de santé mentale. Enfin, nous recommandons à Santé Canada de se doter de la capacité d'aider à l'élaboration dudit plan d'action national, ce qui impliquerait que le ministère recruterait à contrat des gens qui font présentement de la pratique clinique et de la prestation de services de santé mentale.

Enfin, ne dénigrons pas les progrès réalisés. La situation n'est pas totalement catastrophique. En effet, lorsque l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'ACMMSM, a été créée en 1998, on ne parlait pas de santé mentale; aujourd'hui, on en parle couramment.

Nous devons maintenant concrétiser les merveilleuses idées proposées par votre comité et d'autres.

Le président: Merci à tous nos témoins de leurs commentaires et d'avoir mis l'accent, tout particulièrement, sur ce que le gouvernement fédéral peut faire.

Je voudrais vous poser une question à laquelle vous voudrez peut-être réfléchir avant de nous envoyer votre réponse.

Je vous ai tous écoutés parler de la nature du système de prestation de soins: on a suggéré d'en faire plus à domicile, on a discuté des services communautaires à domicile et du modèle de pratique en collaboration du Dr Woodside, et cetera. Ce qui me frappe, c'est que les soins de service mental ne s'intègrent pas dans la structure extrêmement rigide de la Loi canadienne sur la santé, même s'ils y sont déjà inscrits.

Devrions-nous réellement songer à modifier le système actuel pour y inclure tous les systèmes de prestation de soins relatifs à la maladie mentale? Ou ne devrions-nous pas plutôt regrouper la santé mentale et la maladie mentale dans une loi distincte de la Loi canadienne sur la santé et qui soit financée différemment?

Ce qui m'inquiète, c'est qu'on veuille l'inscrire dans le modèle extrêmement rigide de la Loi canadienne sur la santé, que l'on considère de toutes parts comme étant la panacée. Bien sûr, c'est une loi extraordinaire à bien des égards, mais elle a néanmoins des limites très strictes. Je ne vois vraiment pas comment on peut offrir actuellement dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé les services et les autres soins qui sont actuellement administrés en santé mentale.

Lorsque j'en ai parlé librement à certains de mes amis psychiatres, ils ont semblé scandalisés à l'idée que le gouvernement pourrait suggérer de retirer la santé mentale du système officiel actuel de soins de santé. Cela a semblé les perturber beaucoup — je suppose qu'il n'y a pas de mal à dire que les psychiatres peuvent être perturbés par certaines idées. J'aimerais vraiment savoir ce que vous en pensez. Je ne vois pas comment on pourrait suffisamment élargir le système actuel de soins de santé pour qu'il administre tous les services que vous dispensez vous-même, sans que cela nuise à tout le reste. On ne peut songer à offrir des soins à domicile universels. Le Canada ne peut se le permettre financièrement, et cela soulèverait toutes sortes de problèmes potentiels, comme nous le laissons entendre dans notre dernier rapport.

I do not know if any of you want to comment on that, but I would like to hear your thoughts. We are beginning with a blank piece of paper and asking, "How would we approach this if we were starting from scratch?" I have not spoken to my colleagues, but I would not begin with the Canada Health Act if I were starting from scratch — at least with regard to mental health. Would anyone care to comment on that simple question?

Dr. Garfinkel: That is a disquieting notion. The history of our field is that very well meaning people have wanted to separate it from health, take it on and that is how we ended up with the big asylums, neglect and often abuse.

On its own, the mental health community has never fared well. It is also an artificial distinction. We should not differentiate. Depression is a huge issue in heart disease. You cannot separate these subjects in a meaningful way for the person. You do it in an arbitrary way.

I also think that we could deliver care much more efficiently in community and home settings if we had the right accountabilities and got away from the large mental hospital models.

Dr. Woodside: Our association would have some reluctance to endorse segregating mental health from everything else.

When I was a resident, I had a supervisor who trained in upper New York State in a town of 10,000, which comprised only psychiatric patients and the people looking after them — about 6,000 patients and 4,000 workers. That is how mental health was segregated in the 1950s. People were shipped off to upper New York State and no one ever saw them or any of the health care practitioners again.

The majority of people with mental health issues present to a family doctor. If you create a segregated mental health system, how will that interface with the primary health-care system, given that the majority of first contact is with family doctors? That, in and of itself, is a sufficient argument to suggest that, while attractive in some ways, a segregated mental health system probably would not serve those with mental illness very well.

Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General, Canadian Medical Association: Honourable senators, in addition to working at the CMA, I am also the director of the youth in-patient psychiatry ward at the Royal Ottawa Hospital. While the multidisciplinary approach is long-standing in psychiatry, it is certainly not the only area of medicine to have multidisciplinary approaches. Like my colleagues, I am reluctant to once again introduce some discrimination by saying that mental health is something different from the rest of health care.

Furthermore, for many patients who have a mental illness, one of the things that is extremely reassuring to them is that it is an illness. Very often they are not treated as if they are ill; they are

Je ne sais si l'un ou l'autre de nos témoins veulent se prononcer là-dessus, mais j'aimerais savoir ce que vous en pensez. Si nous avions devant les yeux une feuille vierge, que ferions-nous? Je n'en ai pas discuté avec mes collègues, mais j'ai l'impression que je n'inscrirais pas sur ma feuille vierge la Loi canadienne sur la santé, en ce qui concerne la santé mentale du moins. Quelqu'un voudrait-il réagir à cette question si simple?

Le Dr Garfinkel: C'est assez préoccupant comme idée. Dans notre domaine, on a déjà vu des gens bien intentionnés suggérer d'exclure la santé mentale du grand domaine de la santé, et c'est comme ça que nous nous sommes retrouvés avec de grands asiles, et des cas de négligence et parfois d'abus.

Le milieu de la santé mentale ne s'est jamais bien porté lorsqu'il menait sa propre barque. De plus, la distinction est artificielle à mon avis. Il ne faut pas séparer les deux domaines, car la dépression, par exemple, est un grave problème dans les cas de maladie cardiaque. Pour le patient, il ne faut pas séparer les deux problèmes, et surtout pas de façon arbitraire.

De plus, je suis convaincu que nous pourrions offrir des soins de façon beaucoup plus efficace dans la collectivité et à domicile si nous avions les bonnes méthodes de reddition de comptes et que nous nous éloignons du modèle des grands hôpitaux pour troubles mentaux.

Le Dr Woodside: Notre association hésiterait à appuyer un modèle qui séparerait la santé mentale de tout le reste.

Lors de mes années de résidence, j'avais un médecin surveillant qui avait été formé dans le nord de l'État de New York, dans une ville de 10 000 habitants qui ne comptaient que des malades psychiatriques — environ 6 000 — et ceux qui s'occupaient d'eux — environ 4 000. C'est en effet ainsi que l'on séparait les malades mentaux des autres dans les années 50. On les expédiait dans le nord de l'État de New York, et on les perdait de vue à tout jamais, de même que les praticiens qui s'occupaient d'eux.

La plupart de ceux qui ont des difficultés d'ordre mental se présentent chez leur médecin de famille. Or, si vous isolez les soins de santé mentale du système, comment pourront-ils avoir des contacts avec les soins primaires, étant donné que dans la plupart des cas, le premier contact se fait avec les médecins de famille? Si intéressante que soit votre proposition à certains égards, ce que je viens d'exposer est en soi un argument suffisant pour conclure qu'un système de soins de santé distinct du reste nuirait probablement à ceux qui souffrent de troubles mentaux.

La Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire, Association médicale canadienne: En plus de travailler à l'AMC, mesdames et messieurs, je dirige également l'aile de psychiatrie où les jeunes sont hospitalisés à l'Hôpital Royal d'Ottawa. Bien que l'on favorise en psychiatrie depuis longtemps la multidisciplinarité, ce n'est certainement pas le seul domaine de médecine à le faire. Tout comme mes collègues, j'hésite à ce que l'on introduise à nouveau une certaine discrimination en décrétant que les soins de santé mentale sont distincts des autres soins.

De plus, la plupart des patients qui souffrent de troubles mentaux sont extrêmement rassurés de constater qu'ils souffrent d'une maladie. En effet, il arrive souvent qu'on ne les traite pas

treated as if they are bad. If you take their care out of the mainstream of health care and put it somewhere else, that will only reinforce something that they tend to think anyway.

Dr. Patel: Before I came up here, I made a list of the patients I saw. The first patient was a lady who had seen a psychiatrist, was diagnosed to have depression and decided to go off her medications, saying, "I was just going to walk on the lake and disappear." Fortunately, she came to see me and I had a session with her. Another was a family dealing with cancer and death. To make a long story short, I saw about six or seven patients with mental illness, and problems relating to their other health problems, as a family physician.

Family physicians are the first point of contact. On average, I would say — I never thought of it in those terms before — that one in four patients has some degree of other problems complicating his or her existing health problems. Alcoholism is one example; a couple came in that same day. I cannot believe that I saw seven patients with different problems. I need to deal with them on a day-to-day basis. That is an average day's practice.

I do not know whether separating mental illness and giving it a special status, would necessarily help.

Senator LeBreton: Dr. Patel and Dr. Garfinkel both talked about Canada being the only G8 nation without a national strategy. Dr. Garfinkel talked about commitments made in Australia in 1992 — 12 years ago — and in the United States. You did say that we have made some start in this country.

Is there any way — so we do not reinvent the wheel — that elements of the Australian program or the program in the United States could be imported into Canada and put at the forefront of the national agenda without going through all the studies and input? Have your associations had any meetings with those countries to short-circuit what we want to do here?

Dr. Garfinkel: Yes. However, we lack the impetus from a federal body saying, "Take charge." For example, Canada had a national drug strategy in the late 1980s and it expired. We were one of the few countries without a drug strategy until very recently. Through a lot of push and a lot of central impetus, we have come back with a four-point drug strategy that is spectacular. We could easily do that, modelled on our drug strategy, modelled on Australia. I think Dr. Woodside's comment about an integrated body needing some support, particularly for the work on fighting stigma and public education, does need some resourcing.

Dr. Patel: We have not had any formal study of the different models in the countries that we mentioned, except to say that we are lagging behind other nations in providing that degree of care. I trained in the U.K., where there was a much more

comme des malades, mais comme des gens qui agissent mal. Par conséquent, si vous retirez leurs soins de l'ensemble des soins de santé, même si c'est pour les intégrer ailleurs, cela ne fera que renforcer une idée qu'ils ont de toute façon tendance à se faire.

Le Dr Patel: Avant de venir témoigner, j'ai dressé la liste des patients que j'ai vus. La première était une femme qui avait été naguère psychiatre, chez qui on a diagnostiqué une dépression et qui a décidé de cesser de prendre ses médicaments, songeant qu'elle allait tout simplement se précipiter dans le lac et disparaître. Fort heureusement, elle s'est présentée chez moi et je l'ai rencontrée. J'ai ensuite vu une famille qui devait apprendre à composer avec le cancer et avec la mort. En bref, j'ai rencontré six à sept personnes qui souffraient de troubles mentaux et de problèmes de santé, comme si j'étais médecin de famille.

Les médecins de famille sont le premier point de contact. Je n'ai jamais réfléchi à la situation sous cet angle-là, mais je dirais qu'en moyenne un patient sur quatre a un problème d'un autre type qui vient s'ajouter à ses problèmes de santé déjà existants. Par exemple, l'alcoolisme, au sujet duquel j'ai rencontré le même jour un couple. J'ai du mal à croire que j'ai rencontré sept patients présentant des problèmes différents. Or, il me faut les traiter sur une base quotidienne. Et les exemples que je vous ai donnés illustrent ce qui se passe en moyenne dans ma pratique.

Je ne sais pas si conférer un statut spécial à la maladie mentale aiderait en quoi que ce soit les patients.

Le sénateur LeBreton: Les Drs Patel et Garfinkel ont tous les deux signalé que le Canada était le seul pays du G-8 à ne pas avoir de stratégie nationale. Le Dr Garfinkel a parlé des engagements pris en 1992 — c'est-à-dire il y a 12 ans — par l'Australie et par les États-Unis. Mais vous dites que nous avons tout de même fait des premiers pas.

Il ne faudrait pas réinventer la roue: serait-il possible d'apporter certains éléments du programme australien ou américain pour qu'il soit intégré à notre programme national, nous évitant de refaire toutes les études et la recherche? Vos associations respectives ont-elles rencontré les représentants de ces pays, pour devancer en quelque sorte notre étude?

Le Dr Garfinkel: Oui. Toutefois, nous n'avons pas la force de frappe que peut avoir une instance fédérale comme la vôtre. Le Canada a déjà lancé une stratégie nationale de lutte contre la drogue à la fin des années 80, mais celle-ci a disparu. Jusqu'à tout récemment, nous étions un des rares pays à ne pas avoir de stratégie de lutte contre la drogue. Or, grâce à toutes sortes de pressions et à un gros coup de barre du gouvernement central, le Canada est revenu à la charge avec une stratégie spectaculaire de lutte contre la drogue en quatre points. Nous pourrions aisément reproduire le même modèle que ce dernier ou que celui de l'Australie pour la santé mentale. Ce que disait le Dr Woodside au sujet de l'aide qu'il faut apporter à un organe intégré, surtout pour lutter contre les stigmates et pour informer la population, nécessite des ressources.

Le Dr Patel: Il n'y a pas eu d'étude structurelle des différents modèles dans les pays que nous avons mentionnés, sauf pour établir que nous accusons du retard par rapport aux autres pays dans le type de soins fournis. J'ai été formé au Royaume-Uni, là

comprehensive, collaborative model of delivery in the community with resources such as mental health workers and others. We have a resource problem. I cannot refer my patients for specialist intervention or diagnosis or assistance, in carrying out my responsibility as a family physician. That is the crux of the matter. We need not only that model, but also we need additional resources.

Senator LeBreton: I suppose when you refer your patients, sometimes they go on yet another long waiting list because, as Dr. Woodside said, their numbers are diminishing.

Dr. Woodside, when you said that there are no research dollars, I was really taken aback. You can get research dollars if you go to the United States. I find that appalling.

Dr. Woodside: I have some from Canada, but the majority of my research funding is from other countries or private foundations that are located outside of Canada.

Senator LeBreton: That is unbelievable. Therefore, is that not then contributing to your diminishing numbers — when you say in 10 years it will be two-thirds?

Dr. Woodside: We have been solving our human resource problems for many years across many specialties by importing physicians from other countries. International medical graduates have made a huge contribution to Canadian medicine. There is no question about that. It is not that the people are bad; they are wonderful people, highly qualified, very good physicians. However, is it ethical for us to indefinitely solve our manpower problems by taking physicians from other countries, or is it time that we stood up to the plate and decided to train our own in appropriate numbers — to maintain appropriate numbers of physicians and specialties across the country?

I would like to make a comment relating to you first questioning. The information is available about other countries' policies. It is in the public domain. We need federal government leadership to say this is a priority; we must come up with a plan. Of course, we will take elements of other countries' plans into consideration — the information is all there. We need the leadership.

Senator Fairbairn: These documents are rather depressing to read. How can you persuade young people who are interested in medicine to go into this field? Leaving aside the resources question, one of the things that struck me in listening to you was when you said there was virtually nothing in northern Canada. Is that because it is an uncomfortable climate? Is that because of the difficulty in communication with an Aboriginal population?

où le modèle de prestation de soins dans la collectivité avec des ressources telles que les travailleurs de santé mentale et d'autres aussi est beaucoup plus évident et à base de collaboration. Ici, nous avons un problème de ressources, car je ne peux, même si je veux assumer mes responsabilités de médecin de famille, renvoyer mes patients à d'autres spécialistes lorsqu'ils ont besoin d'une intervention, d'un diagnostic ou d'aide. Voilà le noeud du problème. Nous avons besoin non seulement de ce modèle, mais aussi de ressources additionnelles.

Le sénateur LeBreton: Lorsque vous envoyez vos patients voir des spécialistes, j'imagine qu'ils se retrouvent au bas d'une longue liste d'attente, puisque le nombre de spécialistes diminue, comme l'expliquait le Dr Woodside.

Docteur Woodside, j'ai été sidérée de vous entendre parler de l'absence de subventions de recherche. Pour avoir ces subventions, vous devez vous adresser aux États-Unis; c'est scandaleux.

Le Dr Woodside: Je reçois quelques subventions du Canada, mais la grande partie de mes subventions de recherche me provient d'autres pays ou de fondations privées de l'extérieur du Canada.

Le sénateur LeBreton: C'est incroyable! La situation ne contribue-t-elle pas à la diminution du nombre de spécialistes que vous avez décrite? Vous avez dit deux tiers du nombre actuel auraient disparu dans dix ans?

Le Dr Woodside: Depuis plusieurs années, et c'est le cas dans beaucoup de spécialités, nous avons tenté de résoudre notre problème de ressources humaines en important des médecins d'ailleurs. Les diplômés de facultés de médecine à l'étranger ont énormément contribué à la médecine au Canada, cela ne fait aucun doute. Ces gens-là ne jouent pas un mauvais rôle: ce sont des gens merveilleux, très compétents et d'excellents médecins. Toutefois, est-il moral pour le Canada de résoudre indéfiniment nos problèmes de main-d'oeuvre en volant à d'autres pays leurs médecins? N'est-il pas temps de relever le défi et de former nos propres médecins en nombre suffisant, afin d'avoir le nombre approprié de médecins et de spécialistes d'un bout à l'autre du pays?

J'aimerais revenir à votre première question. L'information concernant les politiques de ces autres pays est disponible, puisqu'elle est du domaine public. Mais il faut que le gouvernement fédéral en fasse une priorité et établisse un plan. Mais nous tiendrons compte évidemment de ce qui se fait dans les autres pays, puisque l'information est disponible. Tout ce qu'il faut, c'est qu'on montre la voie.

Le sénateur Fairbairn: C'est assez déprimant de lire ces documents. Comment persuader alors les jeunes qui veulent devenir médecins d'étudier dans ce domaine? Si on laisse de côté la question des ressources, ce qui m'a frappée à la lumière de vos propos, c'est qu'il n'y a à peu près aucun médecin dans le Nord du Canada. Est-ce à cause du climat inclement? Est-ce à cause de la difficulté de communiquer avec les populations autochtones?

For government to take leadership — and I think government should — how can you create an atmosphere that will persuade young people coming into medicine that this is what they want to do?

Dr. Beck: In the same way as there is a stigma about mental illness and mental health, we know there is a stigma relating to seeking help for themselves is something that physicians also have. By the same token, there is, for a number of people in medical school and who are physicians, a stigma about psychiatrists. I regularly hear jokes that I am not a real doctor. That is not related to what I do in practice; it is related to the fact that there is a stigma and discrimination about the kind of illnesses that I treat.

Dr. Patel: Furthermore, it is not just the Northwest Territories that has a problem. New Brunswick has the same problem — lack of child psychiatrists. As Dr. Beck said, the same stigma probably could go through to other sectors, such as family medicine. It is now at an historic low, and yet family physicians are singularly placed to treat the majority of patients in an early manner because they have the long, enduring relationships that are essential to treating mental illness on an ongoing basis. I have been fortunate, because I stayed in one community for 30 years. I have enjoyed that, and I think that is what we have to encourage.

Dr. Garfinkel: I do not find this depressing at all. I have been a psychiatrist in Ontario for 32 years. You would not have had a conversation like this or a panel like this even a decade ago. The effects of CAMIMH that Dr. Woodside talked about, the effects of having role models like Michael Wilson speak out, and the idea that corporate Canada is interested in the workplace effects are all very recent.

Most important, psychiatry is a therapeutic field. When I graduated from medical school, there was not a lot of specific treatment available. Today, it is very strong in its therapeutics, in its ability to treat people actively. We make a huge difference in people's lives. Dr. Beck is correct in stating that there is a stigma that is reflected in our health care community as much as in our broad community. Any education efforts that we undertake have to address the health care community, as well as any other opinion-leading group.

With regard to the congregation in cities, we have a maldistribution, and this is very marked in many specialties in medicine. It is very true in psychiatry; it is very hard to be the only psychiatrist in Whitehorse. It is very difficult in terms of social relationships and a whole variety of issues.

Je conviens avec vous que le gouvernement doit montrer la voie, mais comment créer le bon climat pour persuader les jeunes qui entrent en médecine que c'est vraiment dans ce domaine qu'ils veulent étudier?

La Dre Beck: De la même façon que les maladies mentales sont stigmatisées, ceux qui veulent chercher de l'aide sont aussi stigmatisés, et ce problème se pose aussi pour les médecins. En effet, dans les facultés de médecine et dans le milieu médical, les psychiatres sont stigmatisés. J'entends régulièrement des blagues sur nous, qui ne serions pas de véritables médecins! Et cela n'a rien à voir avec ce que je fais dans ma pratique; c'est dû au fait que le type de maladie que je soigne est stigmatisé et fait l'objet de discrimination.

Le Dr Patel: De plus, ce ne sont pas uniquement les Territoires du Nord-Ouest qui ont des problèmes. Au Nouveau-Brunswick, on manque là aussi de pédopsychiatres. Comme l'expliquait la Dre Beck, on pourrait dire aussi que d'autres secteurs sont stigmatisés, comme la médecine familiale. Nous n'en avons jamais eu si peu, et pourtant, les médecins de famille sont très bien placés pour traiter la majorité des patients de façon précoce, puisqu'ils ont développé avec eux des liens durables qui sont essentiels dans le traitement continu de la maladie mentale. J'ai eu beaucoup de chance, car j'ai demeuré dans la même collectivité pendant 30 ans. J'en ai bien profité, et c'est ce que nous devons encourager.

Le Dr Garfinkel: Ce que vous dites n'est pas décourageant, loin de là. Cela fait 32 ans que je suis psychiatre en Ontario. Il y a dix ans à peine, jamais nous n'aurions pu avoir une conversation comme celle-ci ou organiser une table ronde comme celle-ci. Les résultats des efforts de l'ACMMSH, dont a parlé le Dr Woodside, sont très récents, tout comme le sont les sorties publiques de personnalités comme Michael Wilson et l'idée que le milieu des affaires du Canada peut s'intéresser aux problèmes de santé mentale au travail.

Mais ce qui est plus important encore, c'est que la psychiatrie est un domaine thérapeutique. Lorsque je suis devenue médecin, il n'y avait pas un grand nombre de traitements spécifiques disponibles. Aujourd'hui, la psychiatrie est très active dans le domaine thérapeutique et est beaucoup plus capable de traiter les patients de façon active, ce qui fait toute la différence au monde dans leur vie. La Dre Beck a raison de parler des stigmates qui y sont rattachés dans le milieu des soins de santé de même que dans la société en général. Tous les efforts d'éducation qui devront être entrepris devront s'adresser aussi aux dispensateurs de soins de santé, tout comme à n'importe quel autre meneur d'opinion dans la société.

En ce qui concerne le regroupement des médecins dans les villes, il existe en effet une inégalité dans la distribution, ce qui se remarque dans beaucoup de spécialités. C'est tout ce qu'il y a de plus vrai en psychiatrie et il est très difficile d'être le seul psychiatre à Whitehorse. C'est difficile en matière de relations sociales et à bien d'autres égards aussi.

The hospital where I work has a fly-in service to 17 communities in Ontario, and we do videoconferencing in 70 communities. It may not be perfect, but it is a way of dealing with some of the rural mal-distribution.

Dr. Woodside: There are models to help deal with this problem. Unfortunately — and I know I am probably repeating myself endlessly — it has been convenient for the last 30 years is to recruit from abroad people on return of service contracts who agree to go to remote and rural areas for five or ten years until they get a general licence, and then they move to the city. That is a short-term, band-aid solution. There are other ways to make a practice attractive in remote and rural areas. They cost some money. The will just has not been there to work on them much over the last 20 or 30 years.

Dr. Beck: A few years ago, I served on the expert panel on health human resources in Ontario. At the time, we learned that half of the students in the five medical schools in Ontario, no matter where the schools were located, were from Metro Toronto. We said, "No wonder that is where they want to practise."

Therefore, we know that people tend to practise in the kind of community that they come from and to return to their communities. Therefore, we need to go to communities where we need physicians of any kind and recruit not only physicians but also those health care workers in those communities. Some people in Canada are involved in that kind of work. Dr. Peter Walker, the Dean of the University of Ottawa's medical school, talks about what he calls "mining northern Ontario for physicians." Part of the thinking behind the location of a medical school in northern Ontario that was that if you had a medical school from northern Ontario and more students from northern Ontario, there was a greater likelihood that people would want to practise in northern Ontario.

We must look to the communities for the resources that we need and the young people that we need. The University of Manitoba also has a specific recruitment program for Aboriginal communities and has a cohort of Aboriginal medical students. There is an initiative underway in the Yukon Territory — which of course does not have its own medical school — to find young people from the Yukon to train in the hope that they will return to the Yukon.

Senator Cordy: Dr. Woodside, you spoke about what psychiatry needs to fulfil its roles. One of things was attitudes and how we combat stigma within society. You spoke about it, first of all, within the public realm and also within the health care sector. You said that sector is starting to deal with it.

From a federal government perspective, how do we deal with that? How do we change public attitudes?

Dr. Woodside: The first thing is to make mental health a public priority, so a declaration by the federal government that a national action plan for mental health was being developed would be a huge step in the right direction. Out of that would fall a wide

L'hôpital où je travaille a un service aérien qui dessert 17 collectivités en Ontario; il offre également des vidéoconférences à 70 localités. La situation n'est peut-être pas parfaite, mais c'est une façon de contrer le problème de l'iniquité dans la répartition des médecins en région.

Le Dr Woodside: Il existe des modèles pour résoudre ce problème. Je sais que je vous rebats les oreilles avec cela, mais nous avons préféré depuis 30 ans recruter nos médecins à l'étranger, en les obligeant par contrat à desservir des régions éloignées et rurales pendant cinq à dix ans avant de pouvoir obtenir un permis de pratiquer, puis s'installer en ville. C'est un cataplasme, une solution à court terme. Il y a d'autres façons d'attirer les médecins dans des régions rurales et éloignées, mais elles coûtent cher. Depuis 20 à 30 ans, je n'ai pas constaté de volonté politique de trouver des solutions.

La Dre Beck: Il y a quelques années, j'ai fait partie d'un groupe d'experts qui se penchaient sur les ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario. À cette époque-là, nous avons constaté que la moitié des étudiants des cinq facultés de médecine en Ontario, peu importe où elles étaient situées, étaient originaires du Toronto métropolitain. Il ne fallait pas s'étonner qu'ils veuillent ensuite y pratiquer!

On sait que les médecins ont tendance à exercer dans le genre de localité dont ils sont issus et à y retourner. Il faut donc se tourner vers les localités qui ont besoin de médecins de toutes sortes et recruter non seulement des médecins mais aussi des travailleurs de la santé. Il y a des gens au Canada qui font ce genre de travail. Le Dr Peter Waker, doyen de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa parle de la «prospection de médecins dans le nord de l'Ontario». Si l'on songe à établir une faculté de médecine dans le nord de l'Ontario c'est parce qu'elle attirerait plus d'étudiants de la région et augmenterait les chances qu'ils exercent là-bas.

Il faut se tourner vers les collectivités pour obtenir les moyens matériels et humains dont nous avons besoin. Par exemple, l'Université du Manitoba a un programme particulier de recrutement à l'intention des collectivités autochtones et a une cohorte d'étudiants en médecine autochtones. Une initiative est en cours au Yukon — qui ne dispose pas de sa propre faculté de médecine — pour repérer de jeunes Youkonais à former dans l'espoir qu'ils retourneront au Yukon.

Le sénateur Cordy: Docteur Woodside, vous avez parlé de ce dont la psychiatrie a besoin pour jouer son rôle. L'un des éléments mentionnés était les attitudes et les manières de combattre la stigmatisation dans la société. Vous l'avez évoqué d'abord dans la société en général puis dans le secteur de la santé. Vous avez dit que le secteur commence à s'y attaquer.

Que peut faire le gouvernement fédéral? Comment peut-on changer les attitudes de la population?

Le Dr Woodside: Il faut premièrement faire de la santé mentale une priorité publique; une déclaration par le gouvernement fédéral qu'un plan d'action national est en préparation constituerait un pas dans la bonne direction. Il en découlerait

variety of public educational activities that would help combat this discrimination and stigma. Validating the severity of mental illness by starting to collect adequate data, adequately funding mental health research and investing in mental health education. All of those things would help society at large begin to decide that these are valid concerns — these are real illnesses and serious problems, and cannot be ignored or swept under the carpet. That is probably the major role that the federal government can take.

Senator Cordy: People themselves whose have mental illness, or think they may have a mental illness, have a difficult time to make that first step, which is admitting it. The first person they usually speak to is a family physician. Family physicians, as a number of you have already said, are not receiving the training that they need. In the current system, which is the doctor-hospital system — in which we do reasonably well other than very long waiting times — what would a family doctor, who is paid by the number of patients that he or she sees, do when a patient comes complaining of a headache or some other general system? Human nature being what it is and as this is the doctor's career and livelihood, would he or she take an hour to sit down with the patient and ask what might be the underlying cause?

We have two problems. The first is the lack of training. The second is that within our current system, where doctors are paid based on the number of patients, they may necessarily take the time to look. How do we deal with those issues?

Dr. Patel: You have identified the problem that exists in primary care, especially family physicians. I would not say they have not received training. They have received training, but they need ongoing continuing medical education to keep up to current practice patterns, and they need that supporting hand from psychiatrists like Dr. Woodside and Dr. Garfinkel to be available on an as-needed basis for ongoing consultation.

As far as time, I think each physician finds his or her own way on how to deal with it. Right from the beginning of my practice, I set aside one hour at the end of my day to deal with all those kinds of problems. If I had a patient that needed my time, I would then make the time and spend one hour, if necessary. In fact, as I mentioned recently, I saw seven or eight patients, and because of my ongoing relationship with them, I could compress my supportive psychotherapy and direction for treatment into a 20-minute segment.

Efficiencies can arise as you become more adept. Of course, when they need that counselling, I send them to my mental health worker. Guess what, the waiting time there is three weeks or six weeks. I say to them, "If you cannot see them, come back to my office." You are right that it may not be the norm, perhaps, but that is the encouragement that we need to provide.

Provincial associations are dealing with that in terms of moving away from this fee-for-service conundrum towards recognize quality of care, but it is just beginning.

Dr. Garfinkel: I support that in the sense that the fee schedules really under-value psychiatric care. In Ontario, if you are a family doctor and you spend the hour that Dr. Patel is describing, the

une vaste gamme d'activités de sensibilisation qui participeraient à la lutte contre cette discrimination et cette stigmatisation. Ensuite, valider la gravité de la maladie mentale en commençant à recueillir les données adéquates, financer comme il se doit la recherche en santé mentale et investir dans l'enseignement en santé mentale. Voilà autant d'éléments qui aideraient la société en général à se rendre compte qu'il s'agit de sujets d'inquiétude réels de vraies maladies et de vrais problèmes, qui ne peuvent être glissés sous le tapis ou occultés. C'est sans doute le plus grand rôle que le gouvernement fédéral puisse jouer.

Le sénateur Cordy: Ceux qui ont ou pensent avoir une maladie mentale ont du mal à faire le premier pas, à savoir l'admettre. Le médecin de famille est d'ordinaire la première personne à qui il s'adresse. Comme plusieurs d'entre vous le savez, les médecins de famille ne reçoivent pas la formation dont ils ont besoin. Dans le système actuel, médecin/hôpital — qui ne va pas trop mal à l'exception des longues périodes d'attente — que peut faire le médecin de famille rémunéré à l'acte quand le malade se plaint de maux de tête ou d'un autre symptôme de nature générale? La nature humaine étant ce qu'elle est, et comme il y va de la carrière et du gagne-pain du médecin, va-t-il consacrer une heure à s'entretenir avec le malade pour trouver les causes sous-jacentes?

Il y a deux problèmes. Le premier est le manque de formation; le second est que, dans le système actuel, où le médecin est rémunéré à l'acte, il ne prend pas forcément le temps de chercher l'origine. Comment résoudre ces problèmes?

Le Dr Patel: Vous parlez là d'un problème qui existe au niveau des soins primaires, surtout chez les médecins de famille. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils n'ont pas reçu de formation. Si, ils en ont reçu, mais ils doivent actualiser continuellement leur formation médicale pour se tenir au courant et ont besoin du soutien de psychiatres comme le Dr Woodside et le Dr Garfinkel, qu'ils pourront consulter au besoin.

Pour ce qui est du facteur temps, chaque médecin a sa solution. Dès que j'ai commencé à exercer, j'ai réservé une heure à la fin de ma journée pour m'occuper de ce genre de problèmes. Si un malade avait besoin de mon temps, je m'arrangeais pour le trouver et lui consacrer une heure, au besoin. De fait, comme je l'ai dit récemment, j'ai eu sept ou huit malades et à cause de mes rapports permanents avec eux j'ai pu condenser en tranches de 20 minutes ma psychothérapie d'aide et des prescriptions de traitement.

Plus on a le tour, plus on peut être efficace. Si le malade a besoin de counselling, je le dirige vers mon travailleur de santé mentale. Eh bien pour le voir, le délai varie entre trois et six semaines. Je lui dis de revenir à mon cabinet s'il ne peut pas le voir. Ce n'est peut-être pas pratique courante, comme vous l'avez dit, mais c'est le genre d'encouragement que nous devons donner.

Les associations provinciales s'en occupent aussi; elles délaissent la rémunération à l'acte en faveur de la qualité des soins. Mais cela ne fait que commencer.

Le Dr Garfinkel: Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit car le barème des honoraires sous-estime les soins psychiatriques. En Ontario, le médecin de famille qui consacre une heure à son

return is about \$100. If you have a nurse that you are paying, and maybe a receptionist, and you are paying rent, you are taking home not too much money for that hour.

With regard to your other question about the national role, there is very good literature on this in terms of anti-stigma in Britain. In Britain, they went through a five-year program, centrally directed, involving the British Psychiatric Association and the federal government. They had a very significant effect on public attitudes. We have models that we could pursue if there was a will.

The Chairman: Is it not a hugely inefficient use of a doctor's time to provide the hour of psychotherapy rather than immediately referring that person to someone like a clinical psychologist, social worker or whatever? You cannot do that because you would be referring them to someone whose services are not covered under medicare, but that is a funding type question.

In our previous report, we argued for having professionals delegate down if there was a qualified person who could do it, and we supported nurse practitioners doing a lot of things that GPs do. Does that same principle not apply in this case? My family practitioner spends 50 per cent of her time effectively as a clinical psychologist, which first, reduces half the value of the time of a GP when we are short of GPs, and second, she is trained to do all kinds of other things that do not get done. Am I missing something here? Is that logical?

Dr. Patel: Senator, I think the problem is just a lack of resources and lack of people. In my clinic, which is slightly rural, if I want to send a patient to a mental health worker, I cannot get an appointment for three or four weeks.

We have, through the primary care transition fund, a nurse practitioner is being foisted upon us without consultation. I tried to refer a patient the same day. I was told that I had to wait three weeks see the nurse practitioner. Excuse me? I am dealing with 35 or 40 patients.

We are forced to deal with those problems. They cannot wait.

Dr. Woodside: At times, it makes perfect sense. At other times, if it will take the other person three or four hours to understand the individual's difficulties, then you are probably not saving any money. Sometimes the family doctor is in the perfect position to spend the 20 or 30 minutes to deal with the problem and resolve it, rather than having to tell the person to hold that feeling for a week or two while we get him or her to see the social worker who will then take a complete history and a few weeks later, resolve the problem.

There is obviously a place for more teamwork and more shared caring where work is handed around in a more rational way.

malade comme le Dr Patel l'a décrit touche environ 100 \$. Si vous avez une infirmière et une réceptionniste à rémunérer, en plus du loyer à payer, cette heure ne vous rapporte pas beaucoup.

En réponse à votre autre question au sujet du rôle à jouer par le gouvernement fédéral, il existe d'excellents travaux sur la lutte contre la stigmatisation en Grande-Bretagne notamment un programme de cinq ans centralement dirigé, qui rassemble la British Psychiatric Association et le gouvernement fédéral. Cela a eu des effets très sensibles sur les attitudes de la population. Il y a des modèles que nous pourrions employer si la volonté existait.

Le président: N'est-ce pas un usage éminemment efficace du temps d'un médecin que de consacrer une heure à la psychothérapie au lieu de diriger immédiatement le malade vers un psychologue clinique, un travailleur social et Dieu sait quoi? Vous ne pouvez pas le faire parce que vous enverriez la personne voir quelqu'un dont les services ne sont pas couverts par l'assurance-maladie, mais il s'agit-là d'une question de financement.

Dans notre rapport antérieur, nous avons réclamé que les professionnels puissent déléguer à d'autres, s'il y avait quelqu'un de qualifié qui puisse s'en charger et nous nous sommes déclarés en faveur de confier aux infirmières-praticiennes un grand nombre de tâches des omnipraticiens. Le même principe ne vaut-il pas ici? Mon médecin de famille passe la moitié de son temps comme psychologue clinique, ce qui a d'abord pour effet de réduire de moitié la valeur de son temps comme omnipraticien — alors qu'il y a une pénurie — et, ensuite, elle a reçu une formation pour faire toutes sortes d'autres choses qui ne se font pas. Y a-t-il quelque chose qui m'échappe? Est-ce logique?

Le Dr Patel: Sénateur, le problème à mon avis se résume à une pénurie de moyens et de personnel. Dans ma clinique, plus ou moins à la campagne, si je veux envoyer un malade à un travailleur de la santé, le rendez-vous ne sera pas avant trois ou quatre semaines.

Grâce au fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, une infirmière-praticienne nous a été imposée sans consultation. J'ai essayé de lui envoyer un malade le jour même. On m'a dit qu'il fallait attendre trois semaines pour voir l'infirmière-praticienne. Pardon? Moi, je traite avec 35 ou 40 malades.

Nous sommes obligés de traiter ces problèmes. Ils ne peuvent pas attendre.

Le Dr Woodside: Parfois, c'est tout à fait indiqué. Dans d'autres cas, s'il faudra à l'autre personne trois ou quatre heures pour comprendre les difficultés du malade, vous ne faites sans doute pas d'économies. Parfois, le médecin de famille est idéalement placé pour consacrer 20 ou 30 minutes au problème et le résoudre au lieu de dire à la personne de garder ce qu'elle a sur le cœur pendant une semaine ou deux, jusqu'à ce qu'on lui trouve un travailleur social qui consignera tous ses antécédents et, quelques semaines plus tard, résoudra le problème.

Il est évident qu'il est possible de faire plus de travail d'équipe et de mieux partager les soins si les tâches sont réparties de manière plus rationnelle.

Senator Cook: I am trying to process much information on a subject of which I have scant knowledge.

How can the federal government get involved in human resource planning in the mental health addictions sector without encroaching on provincial jurisdiction?

Dr. Woodside: We think that the federal government needs to take the lead in calling for the development of a national plan for mental health in this country, which would include a human resource component. The feds would have to round up the provinces and say, "Look, this needs to be a national initiative as we have national plans for cancer, AIDS, diabetes and heart disease."

The federal government cannot take the jurisdiction away from the provinces, but it can take the moral high ground and say that this is something that has to be done and these are reasons that make it clear that it has to be done. The federal government could tell provincial leaders that they have a moral imperative to join in this good work and then try to set up something that is cross-jurisdictional with an actual national plan. The federal government can take the lead in saying that very publicly that it really must happen for these reasons and that the provinces are not doing their job if they are not joining in the effort.

Senator Cook: On the last page of your brief, you make suggestions about what can be done now and refer to a public health agency that could include elements of mental health. We all know that in the throne speech there was the creation of a public health agency. Is there an opportunity here for us in the creation of this agency?

I ask this question in light of the budget in my province yesterday. The budget had a deficit of \$600-odd-million deficit. I will tell you the good news with my daughter's words. She said, "Mom, I cannot believe it. He gave \$1 million to community health for mental health services, but the irony was, he hired a head nurse." How long is it since we have heard the phrase, "head nurse?" I am probably trying to play God here and add up two and two to get five.

The first ministers meet this summer. Is there maybe an emerging opportunity where the minds might be on the same wavelength? Could we find an opportunity here to push forward what we are seeing?

I live in a small province. I realize that we virtually know all of each other. When it comes to the social aspect, I do not sense the stigma that I hear about in other parts of Canada. The NGOs do very well with social programs, housing and a number of things to take care of the coping skills that are needed after primary care is finished with mental illness. Is there an opportunity here?

Le sénateur Cook: J'essaie d'assimiler le plus d'information possible sur un sujet que je connais mal.

Comment le gouvernement fédéral peut-il s'occuper de planifier les ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie sans empiéter sur les compétences provinciales?

Le Dr Woodside: Nous estimons que le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative et réclamer l'élaboration d'un plan d'action national pour la santé mentale au pays, un plan qui comporterait un volet ressources humaines. Le gouvernement fédéral devrait rassembler les provinces et les convaincre qu'il doit s'agir d'une initiative nationale tout comme on en a une pour lutter contre le cancer, le sida, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Le gouvernement fédéral ne peut pas enlever la compétence aux provinces, mais il peut invoquer des considérations morales et dire que cela doit se faire et voici pourquoi. Il pourrait dire aux provinces qu'il existe des impératifs moraux de se lancer dans cette entreprise salubre puis créer une entité intergouvernementale guidée par un plan d'action national. Le gouvernement fédéral peut prendre les devants et dire très publiquement que cela doit se faire pour ces raisons et que les provinces manquent à leur devoir si elles s'y dérobent.

Le sénateur Cook: À la dernière page de votre mémoire, vous faites des suggestions sur ce qui peut être fait tout de suite et parlez d'une agence de santé publique qui comprendrait des éléments de santé mentale. Nous savons tous que dans le discours du Trône, il a été question de créer une telle agence. Est-ce là l'occasion que nous cherchons?

C'est le dépôt du budget dans ma province hier qui me fait poser la question. Ce budget prévoit un déficit de quelque 600 millions de dollars. Je vais vous donner la bonne nouvelle dans les mots de ma fille. Elle a dit: «Maman, c'est incroyable. Il a donné 1 million de dollars à la santé communautaire pour les services de santé mentale, mais le paradoxe c'est qu'il a embauché une infirmière-chef». À quand remonte la dernière fois qu'on a entendu cette expression: «infirmière-chef»? J'essaie sans doute de jouer à Dieu ici et d'additionner deux et deux pour faire cinq.

Les premiers ministres fédéral et provinciaux vont se réunir cet été. Cela ouvre-t-il une possibilité de rencontrer des esprits? Serait-ce l'occasion de faire cette proposition?

J'habite dans une petite province. On se connaît tous, pour ainsi dire. Sur le plan social, je ne sens pas la stigmatisation dont il est question ailleurs au pays. Les ONG font de l'excellent travail en matière de programmes sociaux, de logement et d'autres choses pour que les gens puissent tenir le coup après que les soins primaires se soient occupés de la maladie mentale. Avons-nous une occasion devant nous?

We talked about the Canada Health Act. Most provinces have a mental health act. That is a real barrier to care for people. There are restrictions on the police force alone in my province when they pick up someone. There are barriers there that we need to address from a legislative point of view.

Dr. Beck: There are actually two opportunities at this point to address the mental health issues in Canada. There is, as you say, the new public health agency. As well there is the work of the Health Council of Canada, which has not yet begun.

There is an opportunity in these two new endeavours to initiate an entirely new attitude and vision of mental health in the context of other issues. It was my impression that part of the mandate of the Health Council of Canada is to consider overall the issue of health human resources. It seems to me that health human resources for mental health care might well be a part of that.

Dr. Garfinkel: It is very timely for the public health agency. We know a lot about health promotion and the effective use of resources. Health promotion is very valuable in terms of dollars spent and the results. We have a good body of knowledge in drug use, tobacco use, and alcohol use and what treatment is effective and what is not.

There are many opportunities on the mental health side. I will give you an example of one that we are currently pursuing. We know that in youngsters self-esteem is fairly similar in both boys and girls. At adolescence, the girls' self-esteem plummets. This very well could have something to do with depression and eating disorders that develop eight and 10 years later. There are many efforts now being made to try to prevent that fall in self-esteem and prevent illness later. That is just one example, but there is a huge opportunity here to use dollars very wisely for the health of Canada.

Senator Cook: There are two streams of what can be done now and the long-range planning that must begin now with an eight to ten-year window. It covers the recruitment of personnel to all the other systems that are there. Do you have any comments on how we can begin the other stream?

Dr. Garfinkel: I agree with Dr. Woodside about the immediate first steps. He has outlined them in his paper very nicely.

For the longer term, tying in with the health council and with the public health agency makes good sense. The payoff there is down the road.

Senator Cook: It is up to us to get in on the ground floor with the creation of those new agencies.

Dr. Garfinkel: Yes.

On a parlé de la Loi canadienne sur la santé. La plupart des provinces ont une loi sur la santé mentale. C'est un véritable obstacle lorsqu'il s'agit de soigner les gens. Dans ma province, il y a des restrictions qui sont imposées à la police lorsqu'elle arrête quelqu'un. Il y a des obstacles qu'il faut éliminer de manière législative.

La Dre Beck: À l'heure actuelle, deux occasions se présentent à nous pour régler les problèmes de santé mentale au pays. Il y a comme vous l'avez dit la nouvelle agence de santé publique. Il y a aussi le travail du Conseil de santé du Canada, qui n'a pas encore commencé.

Ces deux nouvelles entités nous donnent l'occasion d'adopter une vision et une attitude entièrement différentes de la santé mentale dans le contexte d'autres problèmes. J'ai eu l'impression qu'une partie du mandat du Conseil de la santé du Canada est d'examiner globalement la question des ressources en santé humaine. Pour moi, les ressources en santé humaine pour la santé mentale pourraient bien en faire partie.

Le Dr Garfinkel: L'agence de santé publique arrive à point nommé. Nous en savons beaucoup sur la promotion de la santé et l'utilisation efficace des ressources. La promotion de la santé est une activité très précieuse si l'on compare les sommes et les résultats. Nous avons un bon bagage de connaissances sur la consommation de drogue, de tabac et d'alcool et sur les traitements qui sont efficaces et ceux qu'ils ne le sont pas.

Il existe un grand nombre de possibilités du côté de la santé mentale. Je vais vous donner un exemple d'une chose que nous faisons actuellement. Nous savons que chez les jeunes, l'estime de soi est à peu près la même chez les garçonnets et les fillettes. À l'adolescence, celle des jeunes filles plonge. Le phénomène est peut-être lié aux cas de dépression et aux troubles de l'alimentation qui apparaissent huit ou dix ans plus tard. On fait actuellement beaucoup d'efforts pour empêcher cette baisse de l'estime de soi et l'apparition de maladies plus tard. Ce n'est qu'un seul exemple, mais c'est une occasion en or d'utiliser judicieusement de l'argent pour favoriser la santé au pays.

Le sénateur Cook: Il y a deux filières d'action qui s'offrent dès aujourd'hui, et la planification à long terme doit commencer tout de suite sur un horizon de huit à dix ans. Il s'agit du recrutement de personnel dans tous les systèmes qui existent. Avez-vous des choses à dire sur ce que l'on peut commencer à faire dans l'autre filière?

Le Dr Garfinkel: Je suis d'accord avec le Dr Woodside pour ce qui est des mesures à prendre dans l'immédiat. Il les a très bien décrites dans son document.

À long terme, établir un lien entre le conseil de la santé et l'agence de santé publique est très sensé. C'est plus tard que nous récolterons les bienfaits.

Le sénateur Cook: Il nous appartient d'intervenir dès la création de ces nouvelles agences.

Le Dr Garfinkel: Oui.

Senator Keon: I would like to discuss the mental health strategy in the national action plan. I suspect that if we do not address this, we will be labelled as being irresponsible, so we may as well learn what we can from you.

I have been sitting on the Ontario committee attempting to plan the public health system for Ontario. It is become obvious to me in these meetings that this will be dependent on the primary care infrastructure. I gather from you that you are all convinced that if there ever were a successful mental health strategy and national action plan, it will be dependent on a primary care infrastructure. We have yet to create it, but we must.

Dr. Patel, in your brief that you mention one of the five wheels. The first one is amending the Canada Health Act to include psychiatric hospitals. I want the full panel to comment on this, but I would ask you first. I do not profess to know any more about mental health than anyone else on this committee even though I am an M.D.

It seems to me that you have some very useful tools in the management of mental health, with psychopharmacology, and so forth, and this fosters a close working association with the primary care infrastructure. Why would you want to make hospitals the focal point of a statement? It seems that you need something much bigger and broader. Would you comment on that, Dr. Patel? Perhaps the other witnesses will comment after.

Dr. Patel: We focused on the Canada Health Act and the hospitals so that, as in the case that Dr. Woodside elucidated, we can treat mental illness on the same footing as all other illnesses, including cardiac care. The act has ignored that aspect of the continuum of care. That brings us to the primary care, which is a continuum of total care from primary contact all the way to specialty. The CMA does not recognize it as a division of primary versus specialty care. We think there is a continuum of care from birth to end-of-life issues. We need to make it patient-focused. If we then provide the necessary services, we can address the problem. To segregate it in any arbitrary way does not make sense.

Opening up the Canada Health Act has come into discussion recently. Politically, it is probably not palatable. The Prime Minister says that he is loathe to open up the act. However there could be regulatory changes to address the inequities of the treatment of mental health and mental illness patients, but give them the same credibility and recognition. Take, for example, disability tax credit forms; why are they being discriminated against? Dr. Beck is on one of those councils looking at the fact that we should address that for patients who have mental illness. The fact that when I give a sick note to a patient of mine, if there is a mental illness, there is a kickback or a push back from the employer to get more evidence, more certification. However, if I say they have a fractured femur, there is no problem. They can be disabled for a long time. There are many issues that come to

Le sénateur Keon: J'aimerais parler de la stratégie de santé mentale dans le plan d'action national. J'imagine que si nous restons muets sur le sujet, on nous accusera d'être irresponsables. Essayons donc d'en apprendre le plus possible de vous.

Je siège depuis quelque temps au comité chargé d'établir un plan pour le système de santé publique de l'Ontario. Ces réunions m'ont amené à conclure que tout dépendra des infrastructures de soins primaires. Je crois comprendre que vous êtes tous convaincus que le succès de la stratégie de santé mentale et du plan d'action national dépendra des infrastructures de soins primaires. Elles restent à créer, mais il le faut.

Docteur Patel, dans votre mémoire vous parlez d'une des cinq roues. La première est de modifier la Loi canadienne sur la santé pour qu'elle s'applique aux hôpitaux psychiatriques. J'aimerais entendre les vues de tout le panel, mais je vous pose d'abord la question à vous. Je ne prétends pas en savoir davantage que quiconque ici sur la santé mentale, même si je suis moi-même médecin.

Il me semble que vous disposez d'outils très utiles dans la gestion de la santé mentale, avec la psychopharmacologie et le reste et que cela favorise des rapports de travail étroits avec l'infrastructure de soins primaires. Pourquoi voudriez-vous faire des hôpitaux le coeur de cible? Il me semble qu'il vous faut quelque chose de beaucoup plus gros et de beaucoup plus vaste. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez, docteur Patel? Les autres témoins pourront peut-être aussi répondre après.

Le Dr Patel: Nous nous sommes concentrés sur la Loi canadienne sur la santé et les hôpitaux pour que, comme dans le cas donné par le Dr Woodside, nous puissions traiter la maladie mentale comme les autres maladies, y compris les maladies cardiaques. La loi est muette sur cet aspect du continuum de soins. Cela nous amène aux soins primaires, qui est un continuum de soins complets qui va du contact initial jusqu'à la spécialité. L'AMC ne voit pas d'opposition entre les soins primaires et les soins spécialisés. Pour nous, c'est un continuum de soins qui va de la naissance à la mort. Le centre d'intérêt doit être le malade. Si nous fournissons ensuite les services nécessaires, nous pouvons régler le problème. Établir cette distinction arbitraire n'a aucun sens.

Il a récemment été question d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé. Politiquement, ce n'est sans doute pas acceptable. Le premier ministre dit répugner à ouvrir la loi. Il pourrait par contre y avoir des changements réglementaires pour corriger la manière inégale dont sont traités la santé mentale et les malades mentaux et leur accorder la même crédibilité et la même reconnaissance. Prenez les formulaires de crédit d'impôt pour personnes handicapées; pourquoi sont-ils victimes de discrimination? La Dre Beck siège à un des conseils qui examinent le fait que c'est une situation à corriger pour les malades mentaux. La réalité, c'est que lorsque je donne un billet à un de mes malades, s'il s'agit d'une maladie mentale, l'employeur réagit en exigeant des preuves supplémentaires, une attestation. S'il s'agit d'une fracture du fémur, par contre, c'est tout autre chose. Le malade peut être

mind. Certainly, the Canada Health Act could be changed to include patients on the same footing as other illnesses. I hope Dr. Garfinkel can add to that.

Dr. Garfinkel: I certainly agree that primary care reform has to be the basis for how we would advance the mental health system. I also agree that the powerful new treatments in psychopharmacology have changed our field. When you look at our entire treatment continuum, it is much beyond the hospital. I am here representing a hospital, but we are looking at a system of care that must be formed.

I think changing the Canada Health Act would be hugely powerful from a symbolic point of view. It would be saying that we are correcting a wrong. We did not understand mental illnesses years ago and now we realize that they are like any other form of human pain and suffering. That would be dramatic.

Senator Keon: Dr. Garfinkel, may I lead you down the garden path a little further? If there were a recommendation to change the Canada Health Act, would you recommend an inclusion of a mental health strategy rather than including psychiatric hospitals?

Dr. Garfinkel: That is a good point. I must give that more thought. On first thought, that is a very good idea.

Dr. Woodside: Senator, your points about integrating mental health reform with primary health care reform are key. Part of the way our association sees the matter is that they can proceed apace. That is where our shared caring initiative is coming from. It is trying to help drive some of the process of change in the primary care system while we try to drive some of the change in the process of the mental health system as well. They do go hand in hand.

I would be alarmed if you were suggesting, senator, that we should defer efforts to reform. The mental health system until there was some nation-wide agreement about the reform of the primary health care system. We would all be long gone by that point.

Senator Keon: However, when we draw the boxes we could draw that, regardless of how much dust it gathers. May I ask you the same question, Dr. Woodside?

Dr. Woodside: The specific issue about mental hospitals could be addressed by a simple regulation. Reopening the Canada Health Act is a slam-dunk. That could be done tomorrow. That does not require a lot. The minister only has to change the regulation; it is very simple. Reopening the Canada Health Act to alter some of the wording related to mental health would be a dramatic, symbolic act.

However, there are other ways for the government to take dramatic, symbolic acts without opening the Canada Health Act if that is a barrier. For example, as I said before, the government could say that they are committed to developing a national plan for mental health because it is a serious illness. That would be a

invalide longtemps. Beaucoup de problèmes me viennent à l'esprit. Chose certaine, la Loi canadienne sur la santé pourrait être modifiée pour que ces malades soient traités comme n'importe quel autre. J'espère que le Dr Garfinkel peut ajouter quelque chose à cela.

Le Dr Garfinkel: Je pense également que la réforme des soins primaires doit être le point de départ de la réflexion sur le système de santé mentale. Et c'est vrai aussi que les nouveaux traitements puissants de la psychopharmacologie ont changé le paysage. Quand vous considérez le continuum de traitement global, il va bien plus loin que l'hôpital. Je représente ici un hôpital, mais il s'agit d'un système de soins à bâtir.

Modifier la Loi canadienne sur la santé aurait un énorme effet symbolique. Ce serait une façon de dire que nous réparons un tort. Il y a des années, nous ne comprenions pas la maladie mentale et aujourd'hui nous nous rendons compte qu'elle est semblable à toute autre forme de douleur ou de souffrance humaine. Ce serait radical.

Le sénateur Keon: Docteur Garfinkel, pourrais-je peut-être vous entraîner un peu plus loin? S'il était recommandé de modifier la Loi canadienne sur la santé, recommanderiez-vous aussi d'inclure une stratégie de santé mentale au lieu d'inclure les hôpitaux psychiatriques?

Le Dr Garfinkel: C'est une bonne question. Il faudra que je réfléchisse. À première vue, ça semble être une excellente idée.

Le Dr Woodside: Sénateur, ce que vous dites à propos d'intégrer la réforme de la santé mentale à celle des soins de santé primaires est essentiel. Pour notre association, les deux peuvent aller de pair. C'est de là que vient notre initiative de soins partagés. Le but est d'enclencher la transformation du système de soins primaires tout en amorçant le même changement dans le système de santé mentale. Les deux vont de pair.

Vous me feriez peur, sénateur, si vous me disiez qu'il faut reporter la réforme, s'il fallait attendre un accord pancanadien sur la réforme du système de santé primaire avant de réformer le système de santé mentale. Il y a longtemps que nous ne serions plus de ce monde s'il fallait attendre jusque-là.

Le sénateur Keon: Mais quand on en tracera l'esquisse, on pourra le prévoir, même si cela doit attendre. Je vous pose la même question, docteur Woodside.

Le Dr Woodside: Le problème précis des hôpitaux psychiatriques pourrait être réglé uniquement par la réglementation. Rouvrir la Loi canadienne sur la santé, c'est couru d'avance. Ça peut se faire dès demain. Ça ne demande pas beaucoup. Le ministre n'a qu'à changer le règlement; c'est très simple. Rouvrir la Loi canadienne sur la santé pour modifier l'énoncé relatif à la santé mentale serait un acte symbolique de premier ordre.

Il y a toutefois d'autres façons pour le gouvernement de faire des actes symboliques radicaux qui ne supposent pas la réouverture de la Loi canadienne sur la santé si cela fait problème. Par exemple, comme je l'ai déjà dit, il pourrait se dire déterminé à élaborer un plan d'action national pour la santé

similar dramatic symbolic act. This specific issue just requires a regulatory change. The regulation was written the way it was because of a misunderstanding about the nature of mental health care 20 years ago; that is all it is.

Senator Keon: You think that is one small step worth taking in isolation?

Dr. Woodside: Absolutely.

Senator Keon: Dr. Beck, would you care to comment?

Dr. Beck: When you mentioned it in terms of the focus, I did not see it really as a focus. Again, it goes back to the case that Dr. Woodside spoke about. In the same way that all other health care meets five conditions of the Canada Health Act, mental health should also meet those five criteria.

The Chairman: Dr. Woodside, to clarify for you, it was not a mistake when they excluded mental institutions in the Canada Health Act. The original hospital act had existed since 1957. It was excluded in 1957 because the federal government argued at the time that, because they perceived mental illness to be a perpetual, on-going situation, they were contributing to long-term care through the Canada Assistance Plan. All they did when they did the Canada Health Act was carry that over.

Senator Morin: That is exactly my point. I do not know what we mean by opening up the Canada Health Act. Provincial psychiatric hospitals are excluded from the Canada Health Act because they are considered as chronic, long-term care hospitals. They are excluded in the same way as long-term care hospitals in other areas such neurological disease or long-term care for quadriplegics.

If we want to include provincial psychiatric hospitals, the other long-term hospitals in the country will want to be included, too. I do not blame them. Psychiatric units in general hospitals are included. That is where the great majority of psychiatric patients are treated.

I do not know what we mean by opening up the Canada Health Act. That is the question the chair asked. If mental illness is considered differently, and then we are including home care and other parts of it in the Canada Health Act, then this would not apply to other illnesses. Mental illness is considered exactly the same way as the other conditions. They are treated no differently. We do not open up the Canada Health Act for symbolic reasons — that is, merely to show that mental health is important. This is not the first time that we have heard this. The CMA has been asking to open up the Canada Health Act ever since I have been in the Senate. There is no special virtue, unless we want to treat mental illnesses differently from the other conditions.

mentale parce qu'il s'agit d'une maladie grave. Ce serait un autre acte symbolique radical. Il ne suffit ici que d'un changement d'ordre réglementaire. Le règlement a été rédigé de la façon dont il a été à cause d'une méprise sur la nature des soins de santé mentale il y a vingt ans. C'est tout.

Le sénateur Keon: Vous estimez que c'est un petit pas dans la bonne direction qu'il vaut la peine de faire isolément?

Le Dr Woodside: Tout à fait.

Le sénateur Keon: Docteur Beck, avez-vous quelque chose à ajouter?

La Dre Beck: Vous en avez parlé comme s'il s'agissait d'une question d'insistance alors que ce n'est pas ainsi que je vois les choses. Cela nous ramène au cas donné par le Dr Woodside. De la même façon que toutes les autres formes de soins de santé répondent aux cinq conditions de la Loi canadienne sur la santé, la santé mentale doit elle aussi répondre à ces cinq conditions.

Le président: Docteur Woodside, je vais apporter une précision. Ce n'est pas par erreur que les établissements psychiatriques ont été exclus de la Loi canadienne sur la santé. L'ancienne loi sur les hôpitaux existait depuis 1957. Ils ont été exclus en 1957 parce que le gouvernement fédéral a soutenu à l'époque que, la maladie mentale étant perçue comme une affection permanente, ils contribuaient aux soins de longue durée par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada. Dans la Loi canadienne sur la santé, on n'a fait que reprendre cette ligne de conduite.

Le sénateur Morin: C'est précisément ce que j'allais dire. Je ne comprends pas ce qu'on veut dire par rouvrir la Loi canadienne sur la santé. Les hôpitaux psychiatriques provinciaux sont exclus de la Loi canadienne sur la santé parce qu'ils sont considérés comme des établissements de soins chroniques de longue durée. Ils sont exclus de la même façon que les hôpitaux de soins de longue durée d'autres secteurs comme les maladies neurologiques ou les soins de longue durée pour les tétraplégiques.

Si nous voulons inclure les établissements psychiatriques provinciaux, les autres hôpitaux de soins de longue durée du pays voudront aussi être inclus. Je ne les blâme pas. Les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux sont incluses. C'est là où sont traités la grande majorité des malades psychiatriques.

Je ne sais pas ce qu'on veut dire par ouvrir la Loi canadienne sur la santé. C'est la question que le président a posée. Si la maladie mentale est considérée différemment et si l'on inclut les soins à domicile et d'autres éléments dans la Loi canadienne sur la santé, alors ça ne s'appliquerait pas aux autres maladies. La maladie mentale est considérée exactement de la même façon que les autres. Elle n'est pas traitée différemment. On n'ouvre pas la Loi canadienne sur la santé pour des raisons symboliques — c'est-à-dire uniquement pour montrer que la santé mentale est importante. Ce n'est pas la première fois que j'entends cela. L'AMC demande que l'on ouvre la Loi canadienne sur la santé depuis que je suis arrivé au Sénat. Cela ne présente pas d'avantage particulier, à moins que nous voulions traiter la maladie mentale différemment des autres maladies.

My last point, Dr. Woodside, is this: What about applying to the CIHR for funds?

Dr. Woodside: Senator Morin, I do apply to CIHR for funds. Several of the projects that I am involved with are very large and too large for CIHR to fund. They do not have the money to support the application. One is a \$10 million project with 11 sites. I am not the lead; I am one of the 11 sites. The project is too large for them to fund. They do not have the budget to fund a project of that magnitude for mental health.

Mental hospitals have changed over the last 30 years. I am sure Dr. Garfinkel is eager to comment on that.

In 1957, sure, mental hospitals were primarily providing custodial care. That is a small part of what mental hospitals do now. They are actively involved in providing acute psychiatric care as well. The duration of the treatment is sometimes longer than that in a general hospital, but to class all psychiatric treatment provided in psychiatric hospitals as custodial care no longer reflects the reality of those hospitals' function.

Senator Morin: The answer to that is not to change the act, it is to change the classification of the hospitals. There are a number of things. The Heart Institute in Ottawa is under a special classification. If you think that the provincial psychiatric hospitals should consider such a thing, all you have to do is change the classification, not open up the act.

Dr. Beck: I think that the speakers felt that changing the status of the psychiatric hospitals does not require opening up the Canada Health Act. All this requires is a regulatory change. However, it unnerves me somewhat, senator, when you say it is not worth opening up the Canada Health Act for a symbolic gesture. If, by opening up the Canada Health Act, we could remove a tremendous amount of the discrimination around psychiatric illnesses in this country, I would say go for it.

Senator Morin: Opening it in what way?

Dr. Beck: In terms of making certain that mental illness in this country is treated the same way as other illnesses.

Senator Morin: That is not under the Canada Health Act; that is just the transfer of federal funds to provinces under certain conditions. It is nothing more than that.

Dr. Patel: The example we raised was of the Alberta resident not getting the appropriate care she needed. That is a portability of in-patient psychiatric care that is currently not addressed in the Canada Health Act. That is why we focused on that. There is no other reason — just to make sure that Canadians get the same service nationally.

Ma dernière question est la suivante, docteur Woodside: que pensez-vous de demander des fonds aux IRSC?

Le Dr Woodside: Sénateur Morin, je demande effectivement des fonds aux IRSC. Beaucoup de projets auxquels je participe sont très gros — trop gros pour que les IRSC puissent les financer. Ils n'ont pas les fonds pour accepter ma demande. Dans un cas, il s'agit d'un projet de dix millions de dollars sur onze sites. Je ne suis pas le directeur, je ne suis qu'un des onze sites. Le projet est trop gros pour qu'ils puissent le financer. Ils n'ont pas le budget qu'il faut pour financer un projet de cette ampleur en santé mentale.

Les hôpitaux psychiatriques ont changé depuis trente ans. Le Dr Garfinkel brûle sans doute de vous en parler.

En 1957, oui, les hôpitaux psychiatriques offraient surtout des soins de garde. C'est une petite partie du travail des hôpitaux psychiatriques aujourd'hui. Ils offrent aussi beaucoup de soins psychiatriques aigus. La durée du traitement est parfois plus longue que dans un hôpital général, mais dire que tous les traitements psychiatriques offerts dans les hôpitaux psychiatriques sont des soins de garde ne reflète plus la réalité de ces établissements.

Le sénateur Morin: La réponse à cela n'est pas de changer la loi, c'est de changer la classification de l'établissement. Il y a un certain nombre de choses. L'Institut de cardiologie d'Ottawa est dans une catégorie à part. Si vous pensez que les hôpitaux psychiatriques provinciaux devraient envisager la même chose, vous n'avez qu'à changer sa classification, pas à ouvrir la loi.

La Dre Beck: Les intervenants pensent je crois que pour changer la classification des hôpitaux psychiatriques, il ne serait pas nécessaire d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé. Une modification réglementaire serait suffisante. Cependant, cela me déconcerte un peu, sénateur, lorsque vous dites qu'il ne vaut pas la peine d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé à titre de geste symbolique. Si une modification de la Loi canadienne sur la santé permettait d'éliminer beaucoup de discrimination entourant les maladies psychiatriques au Canada, alors je dirais faites-le.

Le sénateur Morin: La modifier de quelle façon?

La Dre Beck: Afin de s'assurer qu'au Canada, les maladies mentales sont traitées de la même façon que les autres maladies.

Le sénateur Morin: Cela ne relève pas de la Loi canadienne sur la santé; il suffit tout simplement de transférer des fonds fédéraux aux provinces sous certaines conditions. Rien de plus.

Le Dr Patel: L'exemple que nous avons donné était celui d'une citoyenne de l'Alberta qui n'avait pu obtenir les soins dont elle avait besoin. À l'heure actuelle, la Loi canadienne sur la santé ne prévoit pas la transférabilité des soins psychiatriques aux malades hospitalisés. C'est pour cette raison que nous avons mis l'accent sur cette question. Il n'y a pas d'autres raisons — nous voulons tout simplement nous assurer que les Canadiens reçoivent le même service partout au pays.

The Chairman: I thank all of you for coming. It has been a terrific time. I know that we are also dealing with a number of you individually on other mental health issues as we go along. Thank you for coming.

I would ask the next panel to come forward. I thank our next witnesses for coming. Senators, we have three witnesses — Ms. Nancy Panagabko, Mr. John Service, and Mr. Stephen Arbuckle. Welcome all of you.

We will begin with Ms. Panagabko. I know you have been here so you have watched the process as we have gone along.

Ms. Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses: Honourable senators, I am president-elect of the Canadian Federation of Mental Health Nurses, which is an affiliate of the Canadian Nurses Association. Beside me is Ms. Annette Osted, who is representing the Registered Psychiatric Nurses of Canada, and we will be available to answer your questions.

On behalf of all Canadian nurses, we are here to address our concerns with the care available to Canadians with mental illness. In the recent budget, the federal government has committed significant resources to public health. In early February, the Prime Minister reconfirmed the intent of the federal government to work with the provincial and territorial governments to reform and sustain Canada's health system. However, as mental health and psychiatric nurses, we are concerned that mental health and well-being continues to be the "orphan child," without family, support and recognition.

We see many different types of mental health cases. According to Statistics Canada, 3,863 people take their lives each year. Canadian-born males are four times more likely than females to commit suicide. Suicide is primarily a youth phenomenon, with the elderly following close behind. With respect to stress, a recent Ipsos-Reid survey indicates that the top two contributors to absenteeism and/or health costs in the workplace are depression-anxiety-other mental health disorders, about 66 per cent, and stress, about 60 per cent. This places a controllable burden not only on Canadian businesses and the economy, but also adds direct costs to the health care system. Can it be addressed? Yes. Will it be addressed? It is partially, through employee assistance and other wellness initiatives; however, we do not know if the system will be there for them and for how long.

Another illness is schizophrenia. A person diagnosed with paranoid schizophrenia can handle most day-to-day challenges with the appropriate medications and supports. If that person is homeless and/or if they lack consistent access to health professionals, there are significant challenges to the management of the illness.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Cela a été très intéressant. Je sais que nous consultons également un certain nombre d'entre vous individuellement sur d'autres questions de santé mentale dans le cadre de notre étude. Je vous remercie d'être venus.

Je demanderais au groupe suivant de s'avancer. Je remercie nos prochains témoins d'être venus. Sénateurs, nous avons trois témoins — Mme Nancy Panagabko, M. John Service et M. Stephen Arbuckle. Bienvenue à tous.

Nous allons commencer par Mme Panagabko. Je sais que vous étiez ici, de sorte que vous avez pu constater notre façon de procéder.

Mme Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale: Honorables sénateurs, je suis présidente élue de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, une filiale de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada. Je suis accompagnée de Mme Annette Osted, qui représente Registered Psychiatric Nurses of Canada, et nous répondrons volontiers à vos questions.

Au nom de toutes les infirmières et de tous les infirmiers du Canada, nous sommes ici pour vous faire part de nos préoccupations concernant les soins offerts aux Canadiens atteints de maladie mentale. Dans le dernier budget, le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer des ressources importantes à la santé publique. Au début de février, le premier ministre a reconfirmé l'intention du gouvernement fédéral de travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de réformer et de maintenir le système de santé du Canada. Cependant, à titre d'infirmiers et d'infirmières qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, nous craignons que le bien-être et la santé mentale continuent d'être l'orphelin, sans famille, sans soutien et sans reconnaissance.

Nous voyons de nombreux différents types de cas de santé mentale. Selon Statistique Canada, il y a 3 863 cas de suicide chaque année. Les hommes nés au Canada risquent quatre fois plus que les femmes de se suicider. Le suicide est surtout un phénomène que l'on retrouve chez les jeunes, mais les personnes âgées suivent de près. En ce qui concerne le stress, un sondage récent d'Ipsos-Reid révèle que les deux principaux facteurs contribuant à l'absentéisme et aux coûts de santé en milieu de travail sont la dépression, l'anxiété et d'autres maladies mentales, soit environ 66 p. 100, et le stress, environ 60 p. 100. Cela impose un fardeau contrôlable non seulement aux entreprises et à l'économie canadienne, mais cela ajoute également des coûts directs au régime de soins de santé. Peut-on y remédier? Oui. Va-t-on y remédier? On le fait en partie grâce aux programmes d'aide aux employés et à d'autres initiatives de mieux-être; cependant, nous ne savons pas si le système sera là pour eux et pendant combien de temps il y sera.

Une autre maladie est la schizophrénie. Une personne qui a été diagnostiquée comme souffrant de schizophrénie paranoïde peut faire face à presque tous les défis quotidiens si elle reçoit les bons médicaments et les soutiens appropriés. Si cette personne est sans abri ou si elle n'a pas un accès constant à des professionnels de la santé, il devient alors très difficile de gérer la maladie.

At what point will it become politically appropriate to deal in a concrete and coordinated fashion with mental health issues? Senators, you have had a chance to read our submission. We look forward to answering your questions. Canadian mental health workers and psychiatric nurses are looking to the committee to play a leadership role in ensuring action on mental health issues.

[Translation]

Mr. John Service, Executive Director, Canadian Psychological Association: Mr. Chairman, I am very pleased to have this opportunity to meet with the committee to discuss Canada's health care system and how mental health fits into this system. The Canadian Psychological Association presented a brief to the committee in 2003. At the same time, we submitted several other documents.

[English]

I would like to look at political leadership, mental health across the continuum of care, intersectorial disorganization, stigma as a systemic discrimination — which seems to be a theme, does it not? — and, interdisciplinary collaboration.

Provincial and territorial governments are responsible for listing and de-listing health services. It is the history of provincial and territorial governments over the past several decades to de-list mental health services, both in actuality, in terms of them not being provided — such as hospitals in Toronto eliminating departments of psychology completely — and by not allowing them to grow as they should, based on population health data. That is a relative kind of de-listing that has been occurring for decades.

The Canadian Psychological Association, CPA, strongly supports a national action plan. How can we get about the business of correcting something unless we have a plan? How can we have discussions with different levels of government unless we have a plan, and how can we evaluate progress without a plan? We must have a plan. The CPA is a member of CAMIMH — the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health — and so we strongly support CAMIMH's proposed action plan.

What would be helpful would be for Health Canada to work closely with CAMIMH, to provide some funds, and flesh out a comprehensive plan that looks at stigma, service delivery, social conditions, and social interventions such as housing, research and recruitment.

In respect of recruitment, you have heard from the previous panel the terrible difficulty in attracting psychiatrists and family practitioners into the field. Psychology does not have that problem. There are about 400 applicants today for graduate programs such as the Dalhousie and Queens Ph.D. programs, and

À quel moment sera-t-il politiquement opportun d'aborder de façon concrète et coordonnée les problèmes de santé mentale? Sénateurs, vous avez eu l'occasion de lire notre mémoire. Nous sommes impatients de répondre à vos questions. Les travailleurs canadiens en santé mentale et les infirmiers et les infirmières en soins psychiatriques comptent sur votre comité pour jouer un rôle de leadership afin de s'assurer que des mesures sont prises dans le domaine de la santé mentale.

[Français]

M. John Service, directeur exécutif, Société canadienne de psychologie: Monsieur le président, je suis très heureux d'avoir l'opportunité de rencontrer le comité pour discuter du système de santé au Canada et la place de la santé mentale dans ce système. La Société canadienne de psychologie a soumis un mémoire au comité en 2003. En même temps, nous avons soumis plusieurs autres documents.

[Traduction]

Je voudrais examiner le leadership politique, la santé mentale dans un continuum de soins, la désorganisation intersectorielle, la stigmatisation sous forme de discrimination systémique — qui semble être un thème, n'est-ce pas? — et, la collaboration interdisciplinaire.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la responsabilité de déterminer quels soins de santé figurent ou non à la liste des services de santé. Depuis plusieurs décennies, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont l'habitude de rayer de la liste les services de santé mentale, à la fois dans les faits, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas offerts — notamment alors que des hôpitaux à Toronto sont en train d'éliminer entièrement les services de psychologie — et en les empêchant de croître comme ils le devraient, selon les données de santé démographiques. Ce genre de radiation de la liste se fait depuis des décennies.

La Société canadienne de psychologie, la SCP, appuie fermement un plan d'action national. Comment pouvons-nous corriger la situation si nous n'avons pas de plan? Comment pouvons-nous avoir un échange avec les pouvoirs publics aux différents échelons si nous n'avons pas de plan, et comment pouvons-nous évaluer les progrès sans un plan? Nous devons avoir un plan. La SCP est membre de l'ACMSM, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale — et nous appuyons fermement le plan d'action proposé par l'ACMSM.

Ce qui serait utile, c'est que Santé Canada travaille en étroite collaboration avec l'ACMSM, offre du financement et étoffe un plan global qui examine la stigmatisation, la prestation des services, les conditions sociales et les interventions sociales, notamment le logement, la recherche et le recrutement.

En ce qui a trait au recrutement, les groupes précédents vous ont parlé des difficultés à attirer des psychiatres et des omnipraticiens dans le domaine. En psychologie, nous n'avons pas ce problème. Il y a environ 400 candidats aujourd'hui aux programmes d'études de deuxième cycle comme les programmes

they are accepting four or five people. We have many people who would be interested in working in this field, but they cannot get into the system.

In regard to practitioners and providing service, in the City of Ottawa, for example, there are as many practitioners as anywhere else in the country per population. They are extremely busy, because people who can afford the psychological services service within two to three weeks and they are very happy. They are paying \$100 to \$150 an hour. They have to be discriminating consumers, and they are getting benefit.

There are significant structural problems within the system that can be addressed. We would think that this action plan could address much of that, but there will be no change without dollars. Everybody has said that so far. I know governments hate to hear it, but dollars will bring change. If there is a significant contribution to the federal-provincial-territorial transfers, it is possible to move this forward in an exciting way. Your comments and questions to the other panellists in respect of how that might be done and whether it is preferable to have, as the honourable senator said, a separate plan. Those are important issues, and I have had some experience with that.

Mental health is across the continuum of care. That has been said before. Psychology is the science of the biological, cognitive, affective, social, cultural and environmental determinants of behaviour. That framework — how we think, feel and behave in our social and physical environments — is applied to the continuum of care. It is impossible to see how we can do a good job by carving behaviour out of wellness. Wellness is a big chunk of that. It is about behaviour — the things we choose to do or not, the things we eat or do not eat. Behaviour is a big issue — so it is in injury and illness prevention and so it is in family practice and primary care. Studies show that up to 60 per cent of the patients who walk through a family practice door has a psychological or psychiatric illness, or that it is an important contributor. Behaviour is also important in rehabilitation and relapse prevention, in chronic disease and long-term disability management, and in palliation.

If we conceive of mental health, mental illness and addictions as part of and central to the operations of the entire health system, we then make an extremely important structural change that brings mental illness into prime time as opposed to it being ghettoized over here with just the “crazy people” that nobody has to really deal with or the “worried well” for whom we have no time to deal with.

de doctorat de Dalhousie et de Queens, alors qu'ils n'en acceptent que quatre ou cinq. Il y a bien des gens qui seraient intéressés à travailler dans ce domaine, mais qui ne peuvent entrer dans le système.

En ce qui concerne les praticiens et les services, ici dans la ville d'Ottawa, par exemple, il y a autant de praticiens que n'importe où ailleurs au pays par habitant. Ils sont extrêmement occupés, car les gens qui ont les moyens de se payer des services de soins psychologiques obtiennent ces services en deux ou trois semaines et ils en sont très heureux. Ils paient entre 100 et 150 \$ de l'heure. Ils doivent être des consommateurs avisés et ils en retirent des avantages.

Il y a d'importants problèmes au niveau structurel au sein du système qui doivent être corrigés. Nous croyons que ce plan d'action pourrait permettre de les corriger en grande partie, mais il ne pourra y avoir de changement sans investissement. Tout le monde jusqu'à présent l'a dit. Je sais que les gouvernements n'aiment pas l'entendre, mais l'investissement apportera le changement. S'il y a une contribution importante aux transferts fédéraux-provinciaux-territoriaux, il sera alors possible de faire des progrès intéressants. Vos observations et les questions que vous avez posées aux autres panelistes sur la façon dont cela pourrait se faire et s'il serait préférable d'avoir, comme l'honorable sénateur l'a dit, un plan distinct, sont des questions importantes, et j'ai une certaine expérience de ces questions.

La santé mentale fait partie d'un continuum de soins. On l'a déjà dit. La psychologie est la science des facteurs déterminants biologiques, cognitifs, affectifs, sociaux, culturels et environnementaux du comportement. Ce cadre — la façon dont nous pensons, dont nous nous comportons dans nos environnements social et physique — s'applique au continuum de soins. Il est impossible de voir comment nous pouvons faire un bon travail en excluant le comportement du bien-être. Le bien-être est un élément très important. Il s'agit du comportement — des choses que nous choisissons de faire ou de ne pas faire, de ce que nous décidons de manger ou de ne pas manger. Le comportement est une question importante — il s'agit donc de prévenir les blessures et la maladie, il s'agit donc de médecine généraliste et de soins primaires. Les études révèlent que jusqu'à 60 p. 100 des patients qui consultent un omnipraticien ont une maladie psychiatrique ou psychologique, ou que cela est un élément important. Le comportement est également important au niveau de la réadaptation et de la prévention des rechutes, dans la gestion des maladies chroniques et de l'invalidité à long terme et au niveau de la palliation.

Si nous considérons que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie font partie et sont au centre des activités de tout le système de santé, nous procédons alors à un changement structurel extrêmement important qui amène la maladie mentale au premier plan au lieu de la confiner dans un ghetto en compagnie des «cinglés» dont personne ne doit vraiment s'occuper ou des «inquiets en bonne santé» dont nous n'avons pas le temps de nous occuper.

You have heard about stigma and discrimination. I cannot enforce that enough. I heard a young congressman from Rhode Island by the name of Kennedy talk about this. He was very interesting. He conceptualized the discrimination against people with mental illnesses in the United States as the same kind of discrimination experienced by Black people and by women in the 1950s and 1960s. He said it is the same system, and that we can correct it in the same way. He says you solve that systemic discrimination by doing what we know works in discrimination, which includes things like significant financial investments to turn the system and for affirmative action.

In our case, affirmative action will mean a disproportionate investment in mental health, mental illness and addiction services over the short and medium-term to bring a reasonable balance. It will not happen otherwise. It is the same problem that the Social Sciences Humanities Research Council, SSHRC, has. SSHRC has to expand. They cannot do it without having some kind of asymmetrical investment. We also need to have public education and mental health and mental illness and addictions must be included as prime time players across the whole spectrum of health, as are cancer and other chronic illnesses.

I worked as a clinician for 15 years in Nova Scotia. I worked with children, adolescents and families. I was the last post on the way out of town heading towards Halifax and the regional hospital or the Children's Hospital or the reform school. If you did not make it with me, you were in serious trouble, or you went back to the community. After I had been there about five years, I would see people who had been on a waiting list for two years. Therefore, a seven-year-old would be nine by the time he got to see me. We had a huge initiative to ensure that hip replacements and cardiovascular problems were taken care of, but it took two years for kids to get help.

Thinking back to that experience, there is another problem, and that is the silo problem. The European Union can allow you to get into all those countries with one passport and travel across all those borders without much of a problem. A child comes to see me after waiting two years. He or she has been taken in to the criminal justice system, gone through the school system, maybe seen the minister, probably been over to social welfare by the time I see him or her. They have been through all these systems, reintegrated, involved, separate files, and there is no transfer of information. They are fed up with telling their story. The European Union can do this with all of those kinds of complications, and we cannot allow people to transfer among those systems that we control without all of this headache, redundancy, cost and inefficiency. It is just a thought, but I think we can do something there as well.

Vous avez entendu parler de stigmatisation et de discrimination. Je ne saurais insister trop là-dessus. J'ai entendu un certain Kennedy, jeune membre du Congrès pour le Rhode Island, en parler d'abondance. Il était très intéressant. Il avait conceptualisé la discrimination à l'endroit des personnes souffrant de maladie mentale aux États-Unis en l'associant à la discrimination dont étaient victimes les noirs et les femmes dans les années 50 et 60. Il avait dit que c'était la même systémique et qu'il était possible de corriger cela de la même façon. Pour éliminer cette discrimination systémique, il suffit selon lui de faire ce qui produit déjà des résultats probants en matière de discrimination, par exemple investir abondamment pour adapter le système et faire de l'action positive.

Dans notre cas, l'action positive signifie un investissement disproportionné, à court et à moyen terme, dans les services s'occupant de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie afin d'établir un juste milieu. Sans cela, ce sera impossible. C'est le même problème pour le Conseil de recherches en sciences humaines, le CRSH. Le CRSH doit prendre de l'expansion. Et cette expansion est impossible s'il n'y a pas un genre d'investissement asymétrique. Il faut également que l'éducation publique, la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie deviennent des intervenants de premier plan dans tout le domaine de la santé, tout comme le cancer et les autres maladies chroniques.

J'ai été pendant 15 ans clinicien en Nouvelle-Écosse. Je travaillais auprès d'enfants, d'adolescents et de familles. J'étais le dernier poste avant Halifax, l'hôpital régional ou l'hôpital des enfants, ou encore le centre d'éducation surveillée. Quiconque ne réussissait pas à me voir s'exposait à de grosses difficultés, quitte à réintégrer la collectivité. Après cinq années de pratique, il m'arrivait de voir des gens qui étaient depuis deux ans sur une liste d'attente. Cela veut dire qu'un enfant de sept ans ayant des problèmes avait neuf ans au moment où il venait me voir. Une grosse initiative avait été lancée pour accélérer le traitement des problèmes cardiovasculaires et les chirurgies de la hanche, mais un enfant en difficulté ne pouvait pas être vu avant deux ans.

En repensant à cela, il y a un autre problème, celui du cloisonnement. Au sein de l'Union européenne, un seul passeport suffit pour aller dans tous les pays et pour traverser toutes les frontières sans guère de problème. Un enfant vient me voir après avoir attendu pendant deux ans. Il est déjà passé devant les tribunaux pénaux, il est passé par le système scolaire, il a peut-être vu un pasteur, il est peut-être aussi passé entre les mains des services sociaux avant que je puisse le voir. Cet enfant est donc passé par tous ces systèmes, il a toutes sortes de dossiers un peu partout, mais l'information ne suit pas. Le gamin finit par en avoir marre de raconter toujours la même histoire. Au sein de l'Union européenne, l'information est là malgré toutes sortes de complications, mais ici nous ne permettons pas aux gens de passer d'un système à l'autre, des systèmes pourtant sous notre contrôle, sans tous ces maux de tête, sans toutes ces redondances, tous ces coûts et toute cette inefficacité. C'est une réflexion de ma part, mais je pense que nous pourrions là aussi intervenir.

Finally, interdisciplinary collaboration is absolutely essential as is interdisciplinary education in professional schools and doctoral programs, and in primary health care reform. There are several terrific programs for several million dollars that have nice constellations of anywhere from five to ten different professions. This kind of innovation will be extremely important. We know how to work together. Psychologists have been working with cardiologists, respirologists, nurses, and physios and vice versa for decades. It is the system. If we can jig the system to allow that to happen on an as-needed basis, based on population health demands and what the patients need, we can really do a nice job, but it will take some work and some money.

Health Canada needs a department or a division of mental health. How can we have Health Canada without a division of mental health? It does not make any sense. Such a department could drive this agenda to no small measure. A mental health division could inform all of the other stuff that Health Canada has to do, like surveillance and cancer and the laboratory for disease control.

Finally, mental health has to be a partner in the new and burgeoning, developing public health agency. Social scientists and behavioural scientists comprise about 9 per cent of the employees at the Center for Disease Control, CDC, in the United States. That is a little known fact. That is a big percentage that is intimately integrated into every facet of their activity. We have a letter that we will forward on to you from CDC, describing this. This is essential.

Senator LeBreton: What percentage did you say?

Mr. Service: Nine per cent of their staff is social and behavioural scientists. We need a presence in the new public health system.

Mr. Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group, Canadian Association of Social Workers: Honourable senators, the Canadian Association of Social Workers is pleased to have this opportunity to provide the committee with its thoughts on this vital topic.

The social work perspective on mental health delivery, needs and services has been developed from diverse practice experiences that include not only social work involvement as health care professionals, but also social workers' experience in youth and adult corrections, victim services, child welfare, private practice counselling, employee assistance programs, housing programs, community development and policy development. Using these experiences, social work has considered the impact of mental health problems and mental illness on individuals' families and communities and has formulated priorities and recommendations in response.

Enfin, la collaboration interdisciplinaire est absolument essentielle comme l'est l'éducation interdisciplinaire dans les écoles professionnelles et les programmes de doctorat, tout comme dans la réforme des soins de santé primaires. Avec plusieurs millions de dollars, il y a plusieurs programmes formidables qui offrent ces jolies constellations de professions, parfois jusqu'à 10 professions différentes. Ce genre d'innovation va devenir extrêmement important. Nous savons comment travailler ensemble. Les psychologues travaillent déjà avec les cardiologues, avec les spécialistes des troubles respiratoires, avec les infirmiers et infirmières, avec les physiothérapeutes, et c'est le cas depuis des années et des années. Cela fait partie du système. Si nous pouvons jouer avec le système pour que cela puisse se faire lorsque c'est nécessaire, en fonction des besoins de la population dans le domaine de la santé et aussi des besoins du patient, nous pourrions faire du bon boulot, mais pour cela il faut du travail et aussi de l'argent.

Il faut que Santé Canada ait un service ou une division de la santé mentale. Comment pourrait-il en être autrement? Cela n'a pas de sens. Ce service pourrait être un moteur important pour ce genre de chose. Une division de la santé mentale pourrait informer toutes les autres activités de santé au Canada, par exemple la surveillance, le cancer et le laboratoire d'épidémiologie.

Enfin, la santé mentale doit être un élément constitutif du nouveau service de santé publique en plein essor. Chose très peu connue, les sociologues et les spécialistes du comportement représentent environ 9 p. 100 de l'effectif du Center for Disease Control aux États-Unis. C'est un pourcentage important, et ces gens interviennent de très près dans toutes les activités du CDC. Nous avons une lettre du CDC qui décrit cela et que nous vous ferons parvenir. C'est essentiel.

Le sénateur LeBreton: Quel pourcentage avez-vous dit?

M. Service: Les sociologues et les spécialistes du comportement représentent 9 p. 100 du personnel. Il nous faut une présence dans le nouveau système de santé publique.

M. Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux: Honorables sénateurs, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux est heureuse de pouvoir faire part au comité de ses réflexions sur ce sujet fondamental.

Le point de vue de notre profession au sujet de la prestation des soins de santé mentale, des besoins et des services en la matière, est le fruit d'expériences professionnelles variées qui comprennent non seulement une intervention en matière sociale de la part des professionnels de la santé, mais également l'expérience des travailleurs sociaux dans les établissements de détention pour jeunes et adultes, au niveau des services aux victimes, du bien-être des enfants, des services conseils dispensés en pratique privée, des programmes d'aide aux employés, des programmes de logement, du développement communautaire et de l'élaboration des politiques. À partir de toutes ces expériences, notre milieu professionnel a réfléchi à l'impact des problèmes de santé

Observation, assessment and consultation informs us that solutions to the problems existing within the current mental health service delivery system must begin with acknowledging the need to have a holistic approach that will reach within and outside the current system. The required changes must occur at the levels of policy development, community's capacity building and service delivery. All changes must reflect social justice principles in order to correct an imbalance of priorities that have resulted in mental illness services receiving minimal attention in comparison to physical health services. This lack of attention has been most acutely felt as institutional in-patient services have been appropriately decreased without any comparable increase on services that support people in their families or in the community-based programs.

The Canadian Association of Social Workers has a few recommendations for the committee's consideration.

First, a comprehensive national action plan must recognize the need for unique solutions at all levels of government, and reflect the diverse population regional differences, urban-rural differences and cultural differences.

Second, universal access to preventive, primary and tertiary mental health services needs to be established as a principle.

Third, poverty, as a key underlying issue for many mental health problems, must be seriously addressed by emphasis on ensuring a standard of living that truly promotes mental health.

Fourth, social policy development that affects mental health services should be guided by the Canadian Association of Social Workers social policy principles of dignity and respect, equality, equity, comprehensiveness, quality services and constitutional integrity.

Our fifth recommendation is that because psychological, social and biological determinants of health are complex and interconnected, policies that govern interconnected services such as financial assistance, transportation for the disadvantaged populations and housing should be adjusted to assist clients requiring mental health services to access available services, seek appropriate employment and live in housing that provides a mentally healthy environment.

mentale et de la maladie mentale sur les familles et les collectivités, et il a formulé des priorités et des recommandations en conséquence.

L'observation, l'évaluation et les consultations nous apprennent qu'il y a déjà des solutions aux problèmes dans le cadre du système actuel de prestations des services de santé mentale, mais qu'il faut commencer par reconnaître la nécessité d'une formule holistique au sein et à l'extérieur du système actuel. Des changements nécessaires doivent survenir au niveau de l'élaboration des politiques, de la création de capacités dans les collectivités et de la prestation des services. Tous les changements doivent traduire les principes de la justice sociale afin de corriger le déséquilibre entre les différentes priorités qui a eu pour effet que les services de santé mentale reçoivent une attention marginale comparativement aux services de santé physique. Ce manque d'attention a été ressenti avec plus d'acuité dans la mesure où les services dispensés aux patients hospitalisés ont été réduits sans qu'il y ait une augmentation comparable des services d'appui aux patients dans leurs familles ou dans le cadre de programmes conduits dans la collectivité.

L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux aimerait soumettre quelques recommandations à l'attention du comité.

Tout d'abord, un plan d'action national complet doit reconnaître la nécessité de solutions inédites à tous les paliers de gouvernement et refléter également les nombreuses différences régionales qu'on observe chez la population, les différences entre les régions urbaines et les régions rurales et les différences culturelles.

En deuxième lieu, il importe d'ériger en principe l'accès universel aux services de santé mentale préventifs, primaires et tertiaires à hauteur des besoins.

En troisième lieu, la pauvreté, qui est un des problèmes fondamentaux qui sous-tendent beaucoup de problèmes de santé mentale, exige d'être sérieusement prise en considération en mettant l'accent sur l'obtention d'un niveau de vie qui privilégie véritablement la santé mentale.

En quatrième lieu, l'élaboration d'une politique sociale concernant les services de santé mentale doit être pilotée par les principes de dignité et de respect, d'égalité, d'équité, d'intégralité, de qualité de services et d'intégrité constitutionnelle que défend l'Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux.

Selon notre cinquième recommandation, les déterminants psychologiques, sociaux et biologiques de la santé étant complexes et interdépendants, toute politique régissant des services interconnectés comme l'aide financière, le service de transport à l'intention des populations défavorisées et le logement doit être modulée de manière à aider les clients qui nécessitent des services de santé mentale à avoir accès aux services disponibles, à chercher un travail adéquat et à vivre dans un logement offrant un environnement mentalement sain.

Sixth, persons with mental illness should be recognized as being part of a family system. Therefore, the relevance of families, significant others or other personal networks must be included in treatment considerations. Health agencies should be required to provide services to families of people with mental illness and be funded in a manner that supports such services.

Seventh, financial support needs to be available to caregivers who provide in-home care and support to relatives who suffer from persistent illness.

Eighth, financial support needs to continue to increase to those not-for-profit agencies that provide mental health support services and prevention services.

Ninth, provincial and federal funding should be provided to further develop technology that supports consultation, assessment and treatment services in rural and remote regions of the country where specialized services are particularly lacking.

Tenth, interdisciplinary training opportunities should be expanded to prepare health care professionals to work in the field of mental health. Colleges and universities that train health care professionals should ensure that the curriculum includes a comprehensive segment on mental health and mental illness.

Finally, workplace health initiatives should increase their focus on mental health issues as employees struggle to cope with the increased workload, insecurity related to downsizing and other workplace stressors.

In conclusion, the Canadian Association of Social Workers hopes that this committee will develop a plan that will provide a comprehensive national mental health strategy that will address the needs of individuals, their families, and the community.

The Chairman: Mr. Service, could I ask you to think about the following problem. I was struck by your comment on the number of people who pay between \$100 and \$150 an hour for counselling. I put that against Mr. Arbuckle's comment for all of the things that he would like to see funded.

We have an interesting dilemma. Obviously, there is a clear limit to the amount of government resources that are available for health care and other services. Second, a significant amount of private funding from individuals or corporations through EAP programs or whatever that is now funnelled into the counselling end of mental health by psychiatrists, social workers and whoever. Providing the services is not the issue. The point is that there is a significant amount of money coming in.

Sixièmement, toute personne souffrant d'une maladie mentale doit être considérée comme membre d'un système familial. Par conséquent, l'importance des familles, des conjoints et des autres relations personnelles doit être prise en compte au niveau des traitements. Il faut exiger des agences qui oeuvrent dans le domaine de la santé qu'elles offrent leurs services aux familles de gens souffrant d'une maladie mentale, et il convient de financer ces agences afin qu'elles puissent le faire.

Septièmement, il faut donner un soutien financier à tous ceux qui fournissent des soins et une aide à domicile aux parents victimes de maladie persistante.

Huitièmement, il faut continuer à augmenter le soutien financier offert aux organismes sans but lucratif qui offrent des services de prévention et d'appui relatifs aux maladies mentales.

Neuvièmement, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent offrir les financements nécessaires au développement des technologies qui facilitent les services de consultation, d'évaluation et de traitement dans les régions rurales et éloignées qui manquent tout particulièrement de services spécialisés.

Dixièmement, il faut multiplier les possibilités de formation interdisciplinaire afin de préparer les professionnels de la santé à travailler dans le domaine de la santé mentale. Les collèges et universités qui forment les professionnels de la santé devraient faire en sorte que tous leurs programmes aient un volet complet consacré à la santé mentale et aux maladies mentales.

Enfin, les initiatives relatives à la santé en milieu de travail devraient être davantage axées sur les problèmes de santé mentale puisque de plus en plus, les employés doivent faire face à une augmentation de leur charge de travail, aux insécurités dues aux compressions d'effectifs et autres agents de stress en milieu de travail.

En conclusion, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux espère que le comité composera un plan qui offrira une stratégie nationale complète pour la santé mentale qui soit fonction des besoins des individus, des familles et des collectivités.

Le président: Monsieur Service, je voudrais vous demander de réfléchir un peu au problème suivant. J'ai été frappé par ce que vous avez dit au sujet du nombre de gens qui paient entre 100 et 150 \$ de l'heure pour des services conseils. Et je fais ici le lien avec ce qu'avait dit M. Arbuckle à propos de toutes ces choses qu'il aimerait voir financer par l'État.

Le dilemme est intéressant. Il est certain que les ressources que le gouvernement peut accorder aux services de santé et à d'autres services sont limitées. En second lieu, une bonne partie des fonds privés émanant de particuliers ou d'entreprises dans le cadre de programmes comme le PAE sont affectés aux services conseils en santé mentale dispensés par les psychiatres, les travailleurs sociaux et qui sais-je. Offrir les services, là n'est pas le problème. Ce qui se passe, c'est qu'il y a beaucoup d'argent qui afflue.

The extent to which you go immediately to some form of an universal publicly funded program, you substantially increase public funding while saving money for upper and middle income people who are now spending money out of their own pockets to pay for the services. I hate to take money out of the system with the notion that it would come out of the system only to be put back in through public funds.

How do we keep that substantial amount of money that is now being paid for counselling services by individuals out of their own pocket coming into the system while at the same time meeting the egalitarian objectives of the Canada health plan?

I do not know the answer. However, I would hate to see a chunk of money taken out of the system because individuals would no longer have to pay for it. Then, all of that money plus the money to cover people who cannot afford it has to come out of public funding. There must be a way in which one can keep people paying who now pay.

I ask you to think about that. It strikes me as an issue with which one would want to deal otherwise we are increasing the cost of the public sector to do all the things that Dr. Arbuckle talked about. In addition, we would need to replace all the money now coming into the system.

I would like you to reflect on how we might do that from a practical standpoint.

Senator LeBreton: Ms. Panagabko, regarding psychiatric, and specially trained nurses, I am presuming it does take some specific special training to be a nurse in this field. What extra training is required? What facilities are there for that training?

Like all other areas, I am sure there is a tremendous shortage. I would want to get a picture of what the status is of this very important group of people in this field. What is the reality check that we are facing in terms of the nursing profession in this field?

Ms. Panagabko: Ms. Osted will speak to that as well because the RNs and registered psychiatric nurses are trained differently. I will tell you about registered nurses. Most of us come out of various programs.

I came out of a three-year hospital based diploma where I had six months' particular training in psychiatry. As you go along can you start making choices about where you want to focus your practicum experience.

Registered nurses come out with a general knowledge. At the time of graduation, they could hit the ground running in any of the specialties with the expectation that as time goes by, they will gain increasing knowledge in whatever they choose to go into. I went into registered nursing because I wanted a variety and figured I would move around. However, when I hit mental health psychiatry I just loved it and stayed with that and have done that for the last 30 years.

Pour passer immédiatement à une forme quelconque de programme universel public, il faut augmenter considérablement le financement public tout en faisant économiser de l'argent aux gens qui disposent de revenus moyens et élevés et qui, actuellement, paient ce genre de service de leurs poches. J'ai horreur de priver le système de fonds sachant que l'argent qu'on en retire finit de toute façon par s'y retrouver.

Comment faire en sorte que les sommes non négligeables que les particuliers paient déjà eux-mêmes pour des services conseils se retrouvent dans le système tout en respectant le principe d'égalité qui sous-tend le régime de santé publique?

J'ignore la réponse, mais j'aurais horreur de voir le système privé de ressources financières considérables parce que les particuliers n'auraient plus à payer. À ce moment-là, tout cet argent, plus celui qui doit être dépensé pour offrir le service nécessaire aux gens qui n'en ont pas les moyens, tout cela doit venir du Trésor public. Il doit bien y avoir moyen de faire en sorte que ceux qui paient déjà continuent à payer.

Je vous demanderais d'y réfléchir. Pour moi, c'est un problème qui doit être pris en compte, à défaut de quoi nous risquons de grever d'autant le secteur public pour qu'il fasse tout ce dont nous a parlé le Dr Arbuckle. Par ailleurs, il faudrait également remplacer tout l'argent qui est déjà injecté dans le système.

Je voudrais que vous réfléchissiez à la façon dont nous pourrions nous y prendre d'un point de vue pratique.

Le sénateur LeBreton: Madame Panagabko, en ce qui concerne les services psychiatriques et le personnel infirmier spécialisé, j'imagine qu'il faut effectivement une formation spécialisée pour pouvoir être infirmier ou infirmière dans cette discipline. De quel genre de formation supplémentaire parle-t-on ici? Et où la dispense-t-on?

Comme c'est le cas dans tous les autres domaines, je suis sûre qu'il y a là aussi une énorme pénurie. J'aimerais pouvoir me faire une idée de la situation de ce groupe très important de gens qui oeuvrent dans ce domaine. Quelle est la réalité qui nous interpelle dans la profession d'infirmière et d'infirmier au Canada?

Mme Panagabko: Mme Osted vous en parlera également parce que la formation est différente selon que l'on est infirmier et infirmière ou infirmier et infirmière psychiatriques autorisés. Pour ma part, je parlerai des infirmières et infirmiers. La plupart d'entre nous ont suivi des filières différentes.

Personnellement, j'ai suivi un programme de trois ans en milieu hospitalier sanctionné par un diplôme et comportant six mois de formation en psychiatrie. Au fur et à mesure que l'on progresse, on peut faire des choix en fonction du domaine où l'on veut acquérir de l'expérience pratique.

La plupart des infirmiers infirmières acquièrent ainsi des connaissances générales. À la fin de leurs études, ils peuvent immédiatement travailler dans l'une ou l'autre des spécialités et l'on s'attend d'eux qu'avec le temps, ils accroîtront leur savoir dans leur domaine. J'ai choisi les soins infirmiers parce que je voulais de la variété et espérait ainsi voir du pays. Mais j'ai adoré le secteur de la santé mentale et j'y suis restée; j'y suis depuis 30 ans.

I will let my colleague here talk about that with RPNs, but the shortage in nursing is very similar for nurses as what Dr. Service was saying about psychology. There are lots people who want to go into nursing and many nurses who want to go into the area of psych-mental health but there are long wait lists. In B.C. to get into any kind of university or college programs now it is at least a two-year wait so they choose to go elsewhere. There are not enough seats within the education system to take them into nursing.

Ms. Annette Osted, Board Member, Registered Psychiatric Nurses of Canada: Some of you may have heard our president, Marg Synyshyn, last May talking about registered psychiatric nurses and mental health. She specializes in children and adolescent mental health, so she may have taken that approach. Registered psychiatric nurses are regulated in Western Canada. Nancy Panagabko is from Victoria, British Columbia; I am from Winnipeg, Manitoba. We are the western contingent here.

We are regulated in Western Canada to operate as a separate profession under separate legislation with separate education programs. The education programs are either three-year diploma programs or four-year baccalaureate programs, as we have. About 25 per cent of our members are men and two-thirds of us work full-time, which is slightly different data than for registered nurses or licensed practical nurses. We are the largest single group of professionals providing mental health services in Western Canada.

Because 25 per cent are men, who usually have less interrupted work lives; and two thirds of us work full time — again, less interrupted work lives — we expect earlier retirement dates. There is a serious shortage now. We expect that, within the next 10 years, that will get worse. That has been validated by the recent CIHR report on registered psychiatric nurses.

Ms. Panagabko: To add to that, within the RN population, the same things follow in terms of the shortage. It is partly around the age. The average age for nurses is about 47 years now. We are all moving into retirement.

If we could move fast to get seats available in the schools and the universities, we would not be in the shape we are in now. This has been a move over the last 10 years or so. It used to be that 10,000 nurses graduated annually in Canada; now it is 3,000. That has been the case for several years so.

The Chairman: Run that by me again? I knew the figure had decreased.

Ms. Panagabko: It was 10,000 when I graduated, so 1974 to 1980. It is at 3,000 people. It is no wonder we have a shortage.

The Chairman: That number blew me away.

Je vais laisser ma collègue vous parler du personnel infirmier psychiatrique, mais on observe en soins infirmiers la même pénurie que celle dont le Dr Service parlait chez les psychologues. Beaucoup de gens veulent aller en soins infirmiers et beaucoup d'infirmiers et infirmières veulent aller dans le secteur de la santé psychiatrique/mentale, mais les listes d'attente sont longues. En Colombie-Britannique, pour être admis dans un programme post-secondaire, il faut au moins deux ans, si bien que les gens vont ailleurs. Il n'y a pas assez de place dans le système d'enseignement pour accueillir les candidats en soins infirmiers.

Mme Annette Osted, membre du conseil, Registered Psychiatric Nurses of Canada: Certains d'entre vous ont peut-être entendu notre présidente, Marg Synyshyn, en mai dernier, vous parler des infirmiers et infirmières psychiatriques et de la santé mentale. Sa spécialisation est la santé mentale des enfants et des adolescents et c'est peut-être l'angle qu'elle a choisi. La profession d'infirmière/infirmier psychiatrique est réglementée dans l'ouest du pays. Nancy Panagabko est de Victoria en Colombie-Britannique et moi je suis de Winnipeg au Manitoba. Nous formons ainsi le contingent de l'Ouest.

Dans l'Ouest du pays, la profession est réglementée de façon distincte en vertu d'une loi et d'une filière d'études distincte. La formation est soit un programme de trois ans sanctionné par un diplôme soit de quatre ans sanctionné par un baccalauréat, comme chez nous. Le quart environ de nos membres sont des hommes et les deux tiers travaillent à plein temps, ce qui est un peu différent du personnel infirmier auxiliaire. Nous sommes le plus important groupe de professionnels à offrir des services de santé mentale dans l'Ouest du Canada.

En raison du fait que 25 p. 100 sont des hommes, dont la vie au travail connaît moins d'interruption en général, et que deux tiers d'entre nous travaillent à temps plein — c'est donc dire encore une fois avec moins d'interruption —, on s'attend à prendre sa retraite plus tôt. On connaît actuellement une grave pénurie et l'on s'attend à ce qu'elle s'aggrave dans les dix prochaines années. C'est ce qu'a confirmé le rapport récent des IRSC sur les infirmières et infirmiers psychiatriques.

Mme Panagabko: La même pénurie sévit chez les infirmières et infirmiers. C'est en partie attribuable à l'âge, qui est en moyenne de 47 ans actuellement. Nous nous acheminons tous vers la retraite.

Si l'on pouvait débloquent des places dans les écoles et les universités, la situation serait différente. C'est une tendance qui dure depuis plus de dix ans. Par le passé, 10 000 infirmières et infirmiers étaient diplômés chaque année au Canada; le chiffre est maintenant de 3 000. Il en va ainsi depuis plusieurs années.

Le président: Pouvez-vous me répéter cela? Je savais que le chiffre avait baissé.

Mme Panagabko: Il était de 10 000 quand j'ai été diplômée, en 1980. Il est aujourd'hui de 3 000. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait une pénurie.

Le président: Ce chiffre me renverse.

Ms. Osted: As Ms. Panagabko said, for registered nurses, mental health is one of their many specialties; for registered psychiatric nurses, it is our primary area of practice. Again, we have the same situation as the registered nurses do. In Manitoba, with which I am most familiar, we have 60 seats now — both in Brandon and in Winnipeg — for 250 applicants. We cannot get them in; therefore, we cannot get them out. We cannot produce them.

Senator LeBreton: It seems obvious that if we move the whole mental health issue more into the forefront and more treatment, down the road we will have again more demand for nurses.

Ms. Osted: One of the important things to remember, for our group, 50 per cent of registered psychiatric nurses who work in community-based services, do not work in hospital-based services. That is an important factor. We are especially prominent as the single mental health resource in rural and remote areas. Working with psychiatrists in consultation very often by telephone or when they do their six-week or every three-month visits. I want to emphasize that we are not just talking about hospital services.

Senator LeBreton: I suppose the optimum would be to have increased numbers in both areas — that is, in the hospitals and in the community.

Ms. Osted: The shortages are in both places.

Senator LeBreton: Mr. Service, I thought you made a great presentation. Of course, it always comes down to political leadership. I was struck by your comment about services being de-listed by provincial governments because of budgetary concerns. Who makes the decisions and on what basis? Is it budgetary? When things are de-listed do they ever get re-listed?

Mr. Service: No, it is not often that things get re-listed. Mostly, they are de-listed.

The most dramatic example would be the teaching hospitals in Toronto, where they shut down the psychology departments at St. Mike's, the Toronto General, but they hired some back, at Sunnybrook, and at Scarborough. They were all teaching hospitals; it was all budgetary. Your report eloquently defined the different ways that hospitals are funded. It was global budgeting. It was left up to CEOs and off it went.

People of low and middle income who need those services and those facilities are out of luck. They are to be provided in the community, but they are not provided in the community.

When I say, "de-listing," I mean it in quotation marks. It is not a decision taken that no more psychological or mental health services will be provided, it is a functional de-listing by not providing the services because money is going into biomedical health or because hospitals are shutting down because of budgetary reasons or the dollars that are supposed to move to community-based services do not go there.

Mme Osted: Comme Mme Panagabko l'a dit, dans le cas des infirmières et infirmiers, la santé mentale est l'une de leurs nombreuses spécialités; pour les infirmières et infirmiers psychiatriques, c'est notre vocation première. Notre situation est la même que celle des infirmières et infirmiers. Au Manitoba, la région que je connais le mieux, il y a 60 places à Brandon et à Winnipeg pour 250 candidats. Comme nous ne pouvons pas les admettre, nous ne pouvons pas les former.

Le sénateur LeBreton: Si la santé mentale prend plus d'importance et s'il y a plus de traitements, il faudra encore plus d'infirmières et d'infirmiers plus tard.

Mme Osted: Il y a un facteur qu'il ne faut pas oublier. La moitié des infirmières et infirmiers psychiatriques travaillent en milieu communautaire et non en milieu hospitalier. C'est important. Dans les régions rurales et éloignées, nous sommes les seuls à qui l'on peut s'adresser dans le domaine de la santé mentale. Très souvent, la consultation avec le psychiatre se fait au téléphone ou lorsqu'il vient en tournée toutes les six semaines ou tous les trois mois. J'insiste sur le fait qu'on ne parle pas uniquement du travail en milieu hospitalier.

Le sénateur LeBreton: L'idéal serait sans doute d'augmenter l'effectif dans les deux secteurs, dans les hôpitaux et dans la collectivité.

Mme Osted: Il y a pénurie aux deux endroits.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Service, vous avez fait un excellent exposé. Évidemment, tout se ramène au leadership politique. J'ai été frappée quand vous avez dit que des services sont radiés par des gouvernements provinciaux en raison de contraintes budgétaires. Qui décide et en fonction de quels critères? Est-ce uniquement financier? Quand un service est radié, arrive-t-il qu'il soit à nouveau inscrit sur la liste?

M. Service: Non, il est rare qu'ils y reviennent. Le plus souvent, ils sont radiés.

Le cas le plus frappant est celui des hôpitaux d'enseignement de Toronto, St. Mike's et le Toronto General, qui ont fermé leurs services de psychologie; Sunnybrook et Scarborough, eux, en ont réembauché quelques-uns. Il s'agissait tous d'hôpitaux d'enseignement; dans tous les cas, c'était pour des raisons financières. Votre rapport a très bien décrit les diverses formes de financement des hôpitaux. C'était la formule de la budgétisation globale. La décision a été laissée aux premiers dirigeants de chaque établissement, et ça a été supprimé.

Tant pis pour les gens à revenu faible et moyen qui ont besoin de ces services et de ces installations. C'est la localité qui est censée les offrir, sauf qu'elle ne le fait pas.

Quand je dis «radiation», je mets le mot entre guillemets. Personne ne décide qu'il n'y aura plus de service psychologique ou de santé mentale; c'est plutôt la conséquence du fait que le service n'est pas offert parce que les fonds vont à la santé biomédicale ou parce que l'hôpital ferme ses portes pour des raisons financières ou que les budgets qui sont censés être accordés aux services de proximité ne le sont pas.

When we shut down the psychiatric hospitals, there was supposed to be a bonanza of money going to the communities but it did not reach the communities. That is another way that access becomes compromised. That is what I meant.

Senator Pépin: Nursing takes you everywhere. I must admit that when I watched you and listened to you, I am so proud. I thought that nursing is really picking up. I must congratulate you on your leadership because we would have big problems if we did not have nurses. The work you are doing now in mental health is fantastic. However, when you were speaking about the closure of the nursing schools, they did the same thing in the Province of Quebec, from where I come. To realize that we now lack nurses is terrible.

Senator LeBreton asked many of my questions. However, you spoke about the importance of recognizing mental health and incorporating it with all the other sick persons, as did the other panel. Many years ago we de-institutionalized the mental health institutions that we had. Now, we find many of those patients are on the streets. We are told that a large part of the homeless are mental health patients.

Your proposal is very important. We all want to do the right thing in that direction, but how do you think we can recuperate those patients and find them? If there were some important changes, we could find less of those patients on the streets. How can we correct that situation now?

Mr. Arbuckle: I also work at the Royal Ottawa Hospital. There are some very good things happening in terms of working with people who have been "de-institutionalized." The problem is that not enough money and services have gone into serving this hard-to-serve population.

There are some examples of good things happening in Ottawa such as psychiatric outreach teams, the new crisis intervention services and the community treatment teams, which are located in the communities — usually attached to a hospital or a community health service. A number of services are quite effective.

We still see people falling through the cracks in different ways. There are some very hard to reach people out there. We need to have more outreach and community-based services with a continuum from hospital to all the different levels of service, including the treatment services.

We need housing resources and financial resources. It is very hard to house someone in a supportive living situation when they are left with \$112 to buy cigarettes. They do not want to stay; that is all they have. There are a number of intertwining issues that must be considered in finding a solution.

Ms Panagabko: To some degree, it speaks to the integrated health team. Mr. Service alluded to it a little earlier. There is a lot of work to do. We have limited resources. We have limited people to do it, and we need to be thinking far more broadly.

Quand on a fermé les hôpitaux psychiatriques, les collectivités devaient bénéficier de toute une manne, sauf que ce n'est pas arrivé. C'est une autre façon de réduire l'accès au service. C'est ce que je voulais dire.

Le sénateur Pépin: Les soins infirmiers mènent à tout. J'étais très fière à vous entendre et à vous regarder. Je pensais que la profession reprenait du poil de la bête. Je dois vous féliciter de votre leadership parce que nous aurions de gros problèmes si les infirmières et infirmiers n'étaient pas là. Vous faites du travail fantastique dans le secteur de la santé mentale. Vous avez parlé de la fermeture des écoles de sciences infirmières et ma province à moi, le Québec, a fait la même chose. Il est terrible de se rendre compte qu'il y a maintenant pénurie d'infirmières et d'infirmiers.

Le sénateur LeBreton a posé beaucoup de mes questions. Vous avez parlé de l'importance de reconnaître la santé mentale et de l'incorporer aux autres maladies, comme l'a fait le groupe précédent. Il y a quelques années, on a donné leur congé aux malades mentaux. Aujourd'hui, beaucoup d'entre eux arpentent les rues. On nous dit que beaucoup de sans-abri sont des malades mentaux.

Votre proposition est très importante. Nous voulons tous agir comme il faut dans ce sens, mais comment pensez-vous que l'on peut récupérer ces malades et les trouver? Si on apportait des changements en profondeur, il y aurait moins de ces malades dans nos rues. Comment peut-on maintenant corriger la situation?

M. Arbuckle: Je travaille aussi à l'Hôpital Royal Ottawa. Il s'y fait d'excellentes choses auprès des anciens internés. Le problème, c'est que trop peu de crédits et de services sont consacrés à cette population difficile à desservir.

Il se fait de bonnes choses à Ottawa, comme les équipes d'approche psychiatrique, les nouveaux services d'intervention en cas de crise et les équipes de traitement de proximité, qui sont sur le terrain, habituellement rattachés à un hôpital ou à un service local de santé. Un certain nombre de ces services sont très efficaces.

Il y a encore des gens qui passent à travers les mailles du filet. Il y a des gens qui sont très difficiles à joindre. Il nous faut plus de services d'approche et de proximité et un continuum qui va de l'hôpital jusqu'aux diverses formes de service, y compris les traitements.

Il nous faut du logement et des moyens financiers. Il est très difficile de loger quelqu'un dans un milieu encadré quand la personne n'a que 112 \$ pour acheter des cigarettes. La personne ne veut pas rester; c'est tout ce qu'elle a. Il y a tout un faisceau de considérations qui doivent être prises en compte pour trouver une solution.

Mme Panagabko: Dans une certaine mesure, cela montre la nécessité d'une équipe de santé intégrée. M. Service en a parlé un peu tout à l'heure. Nous faisons beaucoup de travail mais nos moyens sont limités. Nous disposons de peu de gens et il faut adopter une perspective plus vaste.

Even if there were enough resources, we still would not be able to deal with the problem if we do not have a bit of a paradigm shift in terms of understanding the illness. This is an illness that spans a person's lifetime. It is not just from hospital to community; it is from being a child to being an adult and having the ability to enter the system at whatever point they need to. The crisis lines are involved. The police are involved as are social workers, psychologists and others.

I am against the medical model. Doctors are one entry point. They should not be the only entry point. People need to be able to come in wherever they are and get the service they require.

We are setting up a system on Vancouver Island that tries to follow that approach. Most people do not have a GP these days. There is such a limited resource. Saying we will set up a system utilizing a doctor as the gatekeeper does not make much sense to me. We are trying to have a system that tries to ensure that no matter where you enter, you receive the level of resource that you need. Not everyone needs a psychologist at \$150 an hour. The psychiatrists are precious resources. Let us ensure that the people who need to get there, do get there. If you need someone to talk to provide emotional support, it makes sense that calling the crisis line is an entry point for you.

Ms. Osted: There are some really good examples. I have found it very frustrating that treasury boards plan mental health services. Who has the least political clout? Who has the most stigma? Who will speak up the least? It is people with mental illnesses. They will not speak up. They are afraid. They do not want people to know that they have a mental illness. Their families are worried; they are afraid to speak up.

Who goes first? What gets cut first?

In Manitoba a mental health hospital — psychiatric hospital or mental health centre, which it was called at the end — closed down and the funds remained in that community. That city of 60,000 people has the best continuum of mental health services and the best integration of those services that I have seen anywhere. They are known for it. It can happen.

However, in respect of addressing the homeless and what we are doing with persons who have a mental illness in the criminal justice system, we have de-institutionalized them from the mental hospitals and re-institutionalized them into the criminal system. We have to take a systemic approach to this. I reinforce the call for an action plan.

We must look at the fact that what worked in this small city in Manitoba was the "hump money" to help the transition from one system to the other. Yes, it will cost more, but if we are committed to this, we will do it. It requires a strong political commitment.

[Translation]

Senator Pépin: Discrimination is no doubt the most difficult thing.

Même si l'on disposait des moyens, le problème restera entier tant que l'on ne concevra pas la maladie autrement. Elle peut s'étendre sur toute une vie. Elle ne s'étend pas uniquement de l'hôpital jusqu'à la collectivité; elle va du bas âge jusqu'à l'âge adulte et suppose que l'on puisse entrer dans la filière de soins chaque fois que c'est nécessaire. Je pense aux lignes d'écoute, aux policiers, aux travailleurs sociaux, aux psychologues et à d'autres encore.

Je suis contre le modèle médical. Le médecin n'est qu'un point d'entrée parmi d'autres. Il ne doit pas être le seul. Il faut que les gens puissent entrer dans le système où qu'ils soient et qu'ils puissent obtenir le service dont ils ont besoin.

Dans l'île de Vancouver, on est en train de créer un système qui suit ce modèle. De nos jours, la plupart des gens n'ont pas de médecin de famille. Il y en a si peu. Créer un système dont le médecin est le cerbère ne me paraît pas très sensé. Nous, nous essayons de bâtir un système ainsi conçu que peu importe comment vous y entrez, vous recevrez le service dont vous avez besoin. Ce n'est pas tout le monde à qui il faut un psychologue qui coûte 150 \$ de l'heure. Les psychiatres sont précieux. Assurons-nous que ceux qui doivent les consulter le puissent. S'il vous faut parler à quelqu'un pour vous réconforter, il est sensé qu'une ligne d'écoute soit pour vous le point d'entrée.

Mme Osted: Il y a de très bons exemples. Je trouve très frustrant que ce soit les conseils du Trésor qui planifient les services de santé mentale. Qui a le moins de poids politique? Qui sont les plus stigmatisés? Qui élèvera la voix en dernier? Les victimes de maladie mentale. Elles ne hausseront pas le ton. Elles ont peur. Elles ne veulent pas que les gens sachent qu'elles souffrent de maladie mentale. Leurs familles s'inquiètent; elles aussi ont peur de hausser le ton.

Qui écope en premier? Qui est la première victime?

Au Manitoba, un hôpital de santé mentale — hôpital psychiatrique ou centre de santé mentale, comme on l'appelait à la fin — a fermé ses portes mais la collectivité a continué de recevoir les crédits. Cette ville de 60 000 habitants jouit du meilleur continuum de services de santé mentale et de la meilleure intégration de ces services que j'ai jamais vus. La ville est réputée pour cela. Cela peut donc se faire.

Pour ce qui est du sort des sans-abri et de ce que l'on fait auprès des malades mentaux dans l'appareil judiciaire, nous les avons désinternés pour les interner à nouveau en prison. Ce qu'il nous faut, c'est une solution d'ensemble. J'insiste sur la nécessité d'un plan d'action.

La clé du succès dans cette petite ville du Manitoba a été l'octroi de fonds de transition pour faciliter le passage d'un système à l'autre. Oui, cela va coûter plus cher, mais si nous y tenons, nous réussons. Il faut un engagement politique vigoureux.

[Français]

Le sénateur Pépin: La chose la plus difficile est sans doute la discrimination.

Ms. Osted: Absolutely.

Senator Pépin: People often pass judgment without realizing it. We need to change attitudes and we need to change our education process. When people meet an individual who is suffering or who has suffered from a mental illness, they must not think that this person is different from the others.

Ms. Osted: Quite right.

Senator Pépin: My question deals with discrimination. If someone is running as a candidate for a political party and is asked whether or not he or she has ever suffered from mental illness, is that discrimination?

Ms. Osted: Yes.

[English]

Ms. Osted: That is why CAMIMH, our organization and several others objected to the questionnaire that posed those questions.

Senator Fairbairn: I would like to direct my question to Mr. Arbuckle. You mentioned the Royal Ottawa Hospital. My husband worked as the director of public affairs there for a number of years in the 1990s so I became fairly close to some of the good things and some of the frustrations that exist — not just there, but in any institution like it.

I would like to ask you the social worker's perspective on two things. To what degree is the family itself one of the difficulties influencing whether a person who has these problems will come forward and seek help? How difficult is it for families to either recognize or get themselves to the point that they understand that they have a person in their family who has a mental illness and is not simply bad-tempered or cranky?

Second, are any of you able to identify patients who come to you with a variety of problems and who might also have difficulty with literacy?

Mr. Arbuckle: Many families are in denial that there is a problem. The stigma of coming to a mental health facility or being referred to a psychiatrist to get help is sometimes stopping people from moving forward. Sometimes people put up with what they call "bad behaviour" perhaps in their home when someone is going through a first break with schizophrenia. They do not seek the kind of help that they need.

Some of that has lessened in recent years. There is a little less stigma. One of our programs is called the schizophrenia program. Fourteen years ago, there was a great uproar when we decided to name it that because people would not want to be identified with that serious diagnosis. It is a non-issue right now, but in some ways it does help to break down the stigma.

Our hospital provides a significant amount of support to families. However, there are feelings throughout the country, I believe, that maybe families are not included in the treatment component. They are left out. It is only the patient who may be

Mme Osted: Absolument.

Le sénateur Pépin: Bien souvent, les gens portent un jugement sans s'en apercevoir. C'est un changement d'habitude et un processus d'éducation qu'il va falloir faire. Lorsque les gens rencontrent une personne qui souffre ou qui a déjà souffert d'une maladie mentale, ils ne doivent pas croire qu'elle est différente des autres.

Mme Osted: Tout à fait.

Le sénateur Pépin: Ma question porte sur la discrimination. Si quelqu'un se porte candidat pour un parti politique et qu'on lui demande s'il a déjà souffert de maladie mentale, est-ce de la discrimination?

Mme Osted: Oui.

[Traduction]

Mme Osted: C'est pourquoi notre association et plusieurs autres se sont opposées à ces questions dans le questionnaire.

Le sénateur Fairbairn: La question s'adresse à M. Arbuckle. Vous avez parlé de l'Hôpital Royal Ottawa. Pendant plusieurs années dans les années 90, mon mari y a occupé le poste de directeur des affaires publiques. Je me suis donc familiarisée avec ce qui s'y fait de bon et les frustrations que l'on y rencontre — pas seulement là, mais dans d'autres établissements de ce genre.

J'aimerais connaître le point de vue de la travailleuse sociale sur deux choses. Dans quelle mesure la famille elle-même est-elle l'une des difficultés que rencontre la personne qui a des problèmes et qui est à la recherche de l'aide? Est-il difficile pour les familles de reconnaître ou de finir par admettre qu'un membre de la famille a une maladie mentale et n'a pas seulement mauvais caractère ou n'est pas seulement de mauvaise humeur?

Deuxièmement, y en a-t-il parmi vous qui sont capables de reconnaître chez une personne qui a des difficultés quelqu'un qui est aussi analphabète?

M. Arbuckle: Beaucoup de familles sont dans un état de dénégation. C'est parfois la stigmatisation associée au fait d'aller dans un service de santé mentale ou d'être envoyé voir un psychiatre pour obtenir de l'aide qui empêche les gens de faire le premier pas. Parfois, les gens supportent ce qu'ils appellent «un mauvais comportement» à la maison lorsque quelqu'un a une crise de schizophrénie. Ils ne vont pas chercher l'aide dont ils ont besoin.

Ce phénomène a diminué ces dernières années. Il y a un peu moins de stigmatisation. Un de nos programmes s'appelle le programme de traitement de la schizophrénie. Il y a quatorze ans, il y a eu tout un tollé lorsque nous avons décidé de lui donner ce nom parce que les gens ne voulaient pas qu'on leur accole ce diagnostic grave. La question ne se pose plus aujourd'hui mais il est toujours utile d'essayer de faire disparaître la stigmatisation.

Nos hôpitaux apportent une aide considérable aux familles. Le sentiment est répandu au pays toutefois que les familles ne sont pas incluses dans le traitement. Elles sont exclues. Seul le malade est vu. La famille est assurément une source d'aide et constitue

seen. The family is very much part of helping and they are quite often the support system. That may be where the person is going after they will be discharged, or they will want to continue to have a relationship with their family. It is important to involve them in the treatment.

You mentioned literacy. When somebody first comes into the system and is assessed, that kind of thing is usually picked up if there is a problem. I can only speak for the Royal Ottawa Hospital. We actually have an adult literacy program within the hospital that is accessed for out-patients and in-patients that is funded by various sources. That is certainly something that we look at. I do not know on a national level whether this is something that is assessed. Perhaps someone else would have more input into that, I do not know.

Mr. Service: For us, literacy would be a major barrier to re-entry to the job market or to means of using the social system to get oneself back on track. It is a very serious issue in the mental health population, particularly those who have been out of work for a while and probably dropped out of school early and so forth. Enhancing literacy skills is a way of re-entering the system and keeping well, so that is very important.

Families are critical. Family therapy is one vehicle, but supporting people, as my colleague said, is one of the ways of staying healthy. We know from research that healthy families will tend to keep people from being as depressed or as anxious, or getting depressed or anxious and the like. There are many studies on health outcomes, status and functional families, so families are absolutely critical.

Third, in terms of stigma, our profession finds that the stigma is reducing. Stigma is reducing significantly in certain populations. It is the populations who can access and use the service who do not have a problem because their neighbour, their friend, brother or cousin have accessed services and had a good experience. That is how you break down stigma. In our business that is also one of the best referrals. It is not from another professional, it is from somebody saying, "I went to see Mr. Service and he did not a bad job so you might want to try him out." That is how you get most of your referrals and that is how you break down stigma.

The folks who you are describing do not have access to services. Many middle- and lower-income Canadians do not get services and it is highly difficult for them to identify with that process. They do not have other people in their social systems who have had experiences; in fact they have probably had negative experiences. In a way stigma is resolving itself for one group of Canadians but it is not resolving itself for another.

Another way that stigma could really be nailed on the head is if we beefed up the services available to kids in primary and secondary schools. I remember being in New Glasgow, my daughter or my son would be in school and some kid would come up to them and say, "I saw your dad the other day." and Jessie or Aaron would go, "You're not supposed to say that. I didn't know that." And while they would be embarrassed their friend would

souvent le système d'appui. C'est peut-être là que le malade ira après avoir obtenu son congé; il voudra peut-être aussi continuer d'avoir des contacts avec sa famille. Il est important de la faire participer au traitement.

Vous avez parlé d'analphabétisme. Au moment de l'évaluation du malade, c'est le genre de chose qui est habituellement relevé. Je ne peux parler que pour l'Hôpital Royal Ottawa. De fait, il y a dans nos locaux un programme d'alphabétisation des adultes à l'intention des malades hospitalisés et des malades externes dont les fonds proviennent de diverses sources. Il ne fait pas de doute que c'est quelque chose que nous examinons. Je ne sais pas si cette évaluation se fait à l'échelle nationale. Quelqu'un le sait-il peut-être mieux que moi, je ne sais pas.

M. Service: Pour nous, l'analphabétisme est un gros obstacle à la réinsertion sur le marché du travail ou à l'accès au système social pour se remettre sur les rails. Le problème est très grave chez les malades mentaux, surtout ceux qui sont inactifs depuis quelque temps déjà et qui avaient sans doute abandonné tôt les études. Savoir mieux lire et écrire favorise la réinsertion et le bien-être, et c'est donc très important.

Le rôle des familles est déterminant. La thérapie familiale est une façon de faire, mais l'entraide, comme mon collègue l'a dit, est une des meilleures façons de rester en santé. Les travaux nous montrent qu'une famille en santé empêchera ses membres de sombrer dans la dépression ou l'anxiété. Il existe beaucoup d'études sur les effets sur la santé et la situation des familles fonctionnelles et l'on sait qu'elles occupent une place déterminante.

Troisièmement, en ce qui concerne la stigmatisation, nous constatons dans la profession qu'elle est en train de diminuer. Elle se résorbe considérablement dans certains milieux, c'est-à-dire chez les gens qui ont accès aux services et s'en prévalent et qui n'ont pas de problème parce que leur voisin, leur ami, leur frère ou leur cousin se sont prévalus des services et en ont bénéficié. C'est ainsi que l'on élimine la stigmatisation. Dans notre secteur d'activité, c'est aussi l'un des meilleurs témoignages que l'on puisse avoir. Ça ne vient pas d'un autre professionnel mais de quelqu'un qui dit: «Je suis allé voir M. Service. Il m'a aidé et tu devrais aller le voir». C'est ainsi que vous obtenez la plupart de vos clients et c'est ce qui fait disparaître la stigmatisation.

Les gens dont vous parlez n'ont pas accès aux services. Beaucoup de Canadiens à revenu faible ou moyen ne reçoivent pas ces services et ils ont beaucoup de mal à se reconnaître dans cette façon de faire. Il n'y a personne dans leur entourage qui soit passé par là; si cela se trouve, l'expérience a été négative. Autrement dit, la stigmatisation disparaît pour un groupe de citoyens mais pas pour un autre.

Une autre façon de l'éliminer serait de renforcer les services à l'intention des jeunes dans les écoles primaires et secondaires. Je me souviens quand j'étais à New Glasgow, ma fille ou mon garçon était à l'école et un jeune allait les voir et leur disait: «J'ai vu ton père l'autre jour». Jessie ou Aaron leur répondait: «Tu n'es pas sensé dire ça. Je ne le savais pas». Eux étaient gênés mais pas leur ami. Ils trouvaient ça normal et puis passaient leur chemin.

not be embarrassed. They would think it was fine and off they would go. Providing that experience at that level you break down that kind of stuff because that child goes home and talks to his parents about it and it is okay.

Senator Fairbairn: That would also mean a greater access too in the school system to assessing learning disabilities.

Mr. Service: Absolutely. Two of the places where people are captured for long periods of time are work and school. If we could provide better services at work and school we would do a tremendous preventive, resiliency, maintenance and curative job that we are not able to do now.

Ms. Panagabko: We need to differentiate somewhat between people with chronic, serious and persistent mental illness and the other folks. I agree totally with what you are saying around depressions, anxieties, and so on.

Illiteracy is not generally an issue in the psychotic population; oftentimes these people have reached university when they first become ill. Families around those issues often report their frustration with trying to access services for their loved one because no one will listen to mom or dad. If it is an 18-year-old and it is his first psychotic break we will say he is an adult, he can make his own decisions, and he is caught up in being afraid that he is crazy. He is trying to avoid treatment and the stigma and his parents are dragging him around. The health professional will say, "Well, he is an adult, he can make his own decisions," and we end up waiting another two years until he is so sick that they end up being certified under the Mental Health Act and dragged in against his will. It is a difference between psychotic and non-psychotic.

Ms. Osted: The earlier and more aggressive the intervention, usually the better the success.

Ms. Panagabko: In respect of stigma, again, the psychotic population — which is not the largest group — tends to be the most sensational when things go bad. These are the folks that police shoot or they murder people in their homes and all that kind of stuff. When you talk with people such as police officers, they end up getting some of the worst discrimination of all because they are dealing with people when they are their most ill and most out of control and bringing them into hospital or whatever the case may be. My background is emergency mental health, by the way. I have had police officers telling me how they will sit in an emergency room with a person who is ill, watching the doctors and nurses continually put the patient's file down to the bottom of the pile again and again and again, because they do not know what to do and they try to wait until their shift is over so someone else will have to worry about it.

Ms. Osted: In Manitoba, there are psychiatric nurses on duty 24 hours a day in every emergency department of every general hospital. That is working out very well.

Ce genre d'expérience, à ce niveau-là, élimine le problème parce que rentré chez lui l'enfant en parle à ses parents et tout est normal.

Le sénateur Fairbairn: Cela voudrait dire aussi être mieux à même d'évaluer les troubles de l'apprentissage à l'école.

M. Service: Tout à fait oui. Il y a deux endroits où les gens passent de longues périodes. Le travail et l'école. Si nous pouvions offrir de meilleurs services au travail et à l'école, nous pourrions faire un immense travail de prévention, de récupération, de maintien et de guérison, ce que nous ne pouvons pas faire maintenant.

Mme Panagabko: Il faut être capable de distinguer entre ceux qui souffrent de maladies mentales chroniques, sérieuses et persistantes et les autres. Je pense tout à fait comme vous en ce qui concerne la dépression, l'anxiété, et ainsi de suite.

L'analphabétisme n'est généralement pas un problème dans la population psychotique; souvent, les gens sont à l'université lorsqu'ils tombent malade. Les familles qui vivent ces situations disent souvent combien elles ont du mal à obtenir des services pour leur être cher parce que personne n'écoute papa ou maman. Si la personne a 18 ans et qu'il s'agit de son premier épisode psychotique, on dira qu'il est un adulte et qu'il peut prendre ses propres décisions. Il est paralysé parce qu'il a peur de devenir fou. Il évite les traitements et la stigmatisation et ce sont ses parents qui le traînent. Le professionnel de la santé dira que c'est un adulte et qu'il peut décider lui-même. On finit par attendre deux ans encore jusqu'à ce qu'il soit malade au point d'être déclaré officiellement dément en vertu de la Loi sur la santé mentale et interné de force. Il y a donc une différence entre être psychotique et ne pas l'être.

Mme Osted: D'habitude, plus l'intervention est précoce et vigoureuse, plus les chances de succès sont grandes.

Mme Panagabko: Au sujet de la stigmatisation, encore une fois, la population des psychotiques — ce n'est pas le groupe le plus grand — est celle qui fait le plus de bruit lorsqu'il arrive un malheur. Ce sont eux qui se font abattre par la police ou qui assassinent des gens chez eux, ce genre de choses. Quand vous parlez à des policiers, vous vous apercevez que ce sont les psychotiques qui sont le plus victimes de discrimination parce qu'ils sont dans leur pire état, le plus incontrôlable, lorsque les policiers les emmènent à l'hôpital ou ailleurs. Moi, je viens du secteur de la santé mentale d'urgence. Des policiers m'ont raconté avoir attendu dans la salle d'urgence en compagnie d'un malade et observé les médecins et les infirmières remettre sans cesse le dossier du malade au bas de la pile parce qu'ils ne savent pas quoi faire et attendent la fin de leur quart pour que quelqu'un d'autre s'en charge.

Mme Osted: Au Manitoba, il y a des infirmières et infirmiers psychiatriques de service 24 heures par jour dans les urgences de chaque hôpital général. Cela marche très bien.

Senator Keon: I was very interested to hear that 50 per cent of Canadian mental health nurses are working outside the institutional sector in the community sector.

Ms. Osted: That is in Western Canada. Do you want me to elaborate on this?

Senator Keon: Yes, I do.

Ms. Osted: That figure includes crisis stabilization units, which are outside hospitals and are not on the medical model. The psychiatrist is not on-site. They may be on call and will be on call usually. Mobile crisis units have registered psychiatric nurses who go out when there are calls from people who are in distress. For community mental health worker positions or community psychiatric nursing positions — different titles, different jurisdictions — the geographic location will usually determine the role they will play. In the rural area, for example, they will be the consistent mental health resource. They will work with the family physician, with the psychiatrist, usually by distance, and with the public health nurse, with the schools, the churches, and service clubs, what have you.

In the city of Winnipeg — which, of course, is the largest city in Manitoba — the role is different because there are many more services that are not always as well integrated as in the rural areas. Usually their role is more concentrated on persons with a long-term mental illness. They are trying to help those persons be reintegrated into the community.

Those are some of the types of roles that are in the community. Yes, 50 per cent of our members are there.

Ms. Panagabko: That is typical across Canada. That is not just in Manitoba.

Ms. Osted: I do not know Eastern Canada that well.

Senator Keon: With the previous panel, I was trying to grapple with this whole business of mental health strategy, or how this whole universe will some day unfold.

In British Columbia and in Quebec, the public health system, I believe, will evolve to the point where it will be heavily dependent on the CLSCs in Quebec and similar community clinics in British Columbia, where they only use part of the services of the people who staff those particular areas. In other words, they may only need one-tenth of a public health nurse, so they buy that from somebody who is working in a community clinic.

Have you had any experience with that kind of thing? I am leading you down that road because I am trying to pursue the possibility of organized primary care to the point where some of these issues can be dealt with.

Ms. Osted: We see primary care as including only physicians, psychiatrists and family physicians, whereas primary health care is a broader approach with social workers and psychologists.

Le sénateur Keon: J'ai été très intéressé d'entendre que la moitié des infirmières et infirmiers en santé mentale du Canada travaillent dans des services de proximité, à l'extérieur des établissements.

Mme Osted: C'est la situation dans l'Ouest du pays. Voulez-vous en savoir davantage?

Le sénateur Keon: Oui.

Mme Osted: Ce chiffre comprend les unités d'intervention d'urgence, qui sont hors milieu hospitalier et ne suivent pas le modèle médical. Le psychiatre n'est pas sur les lieux. Il peut être en disponibilité et l'est souvent. Des unités d'intervention mobiles comprennent une infirmière ou infirmier psychiatrique dépêché sur les lieux sur appel de personnes en détresse. Pour le travailleur en santé mentale ou l'infirmière ou infirmier psychiatrique de proximité — l'appellation varie selon les endroits — l'emplacement géographique déterminera habituellement le rôle que l'intervenant jouera. En région rurale, par exemple, il sera la personne-ressource systématique en santé mentale. Il collaborera avec le médecin de famille, le psychiatre, habituellement à distance, et avec le service infirmier de santé publique, l'école, l'église, l'association philanthropique, et qui sais-je encore.

À Winnipeg, la plus grande ville du Manitoba, leur rôle est différent en raison du grand nombre de services disponibles, qui ne sont pas toujours aussi bien intégrés qu'en région rurale. D'ordinaire, l'intervenant se concentre sur le malade mental de longue durée. Il essaie de faciliter sa réinsertion sociale.

Voilà certains des rôles joués dans le milieu. Oui, c'est là que travaillent 50 p. 100 de nos membres.

Mme Panagabko: C'est typique de la situation au pays, pas seulement au Manitoba.

Mme Osted: Je connais moins bien l'Est du pays.

Le sénateur Keon: Avec le groupe précédent, je me colletais à cette histoire de stratégie de santé mentale pour essayer de voir quelle tournure prendront les choses un jour.

En Colombie-Britannique et au Québec, le système d'hygiène publique, je crois, évoluera au point où il dépendra fortement des CLSC au Québec et des cliniques de proximité équivalentes en Colombie-Britannique, où on n'utilise qu'une partie des services des personnels dans ces secteurs particuliers. Autrement dit, ils pourront n'utiliser que le dixième du travail d'une infirmière de la santé publique, de telle sorte qu'ils achèteront ce service de quelqu'un qui travaille dans une clinique de proximité.

Avez-vous déjà tenté ce genre d'expérience? C'est une question biaisée parce que j'essaie d'explorer la possibilité d'organiser les soins primaires de manière à ce qu'une partie de ces problèmes puissent y être réglés.

Mme Osted: Pour nous, les soins primaires regroupent uniquement les médecins, les psychiatres et les médecins de famille tandis que les services de santé primaires sont plus vastes et englobent les travailleurs sociaux et les psychologues.

Senator Keon: I will stop you there because I do not see it that way. I see primary care ultimately as community clinics staffed with health professionals, including a public health capability. The question is whether you can put a mental health capability in there.

Ms. Osted: Absolutely.

Ms. Panagabko: Coming from British Columbia, I am aware of clinics that have tried to do this and found it difficult because of the stigma. It is so discombobulating for the other patients presenting to the clinic to have the paranoid schizophrenic in the same waiting room, so that they object to it.

However, we are looking at having parallel clinics, so that the person with mental illness can be headed toward integration, but we cannot get to integration until we have done much more work around public awareness and so forth.

Mr. Service: Currently, there are several in clinical psychology. One is the parallel clinic model in which physicians and psychologists and other practitioners all work in a location and they co-refer.

Another is the co-located model, where the physiologist, psychologist and physician are working in with a group of others and they refer back and forth. Those work well, but the revenue streams are quite different. Then there are new emerging models where the clinic is actually then contracting with private practitioner psychologists, for example, for a piece of their time, or a hospital and a community clinic will buy half the time each. That happens in more rural areas.

Those kinds of models are starting to develop. Those are very exciting. For us, these funding systems must be flexible and different from urban to rural to remote, and they have to get the right people to the right patient at the right time. There are many possibilities.

With respect to what I said earlier about psychology charging \$100 to \$150 an hour and then factoring that into a primary health care system, these are private business people. They are paying real estate and staff, and they are running a business. There is that cost. When you factor that cost into marrying the public and private system, you are talking about a system where the overhead is paid for versus another system that has to generate income to pay for itself.

To get back to your original question, trying to marry those two is one of the issue that must be addressed.

Mr. Arbuckle: I can think of a couple of examples in Ottawa where we are working in partnership, for example, with the Sandy Hill Community Health Centre. We second some services half a day a week or half a day a month to have a psychiatrist provide some consultation in regard to some of the more difficult cases.

Le sénateur Keon: Je vous arrête ici parce que je ne vois pas les choses de cette façon. J'entrevois plutôt que les soins de première ligne soient offerts dans des cliniques communautaires dotées de professionnels de la santé et qui offrent un volet de santé publique. Il faut se demander si l'on peut y incorporer un volet de santé mentale.

Mme Osted: Assurément.

Mme Panagabko: D'où je viens, en Colombie-Britannique, il existe des cliniques qui ont tenté de le faire mais se sont heurtées à des difficultés étant donné la stigmatisation. Les patients sont bouleversés lorsqu'ils doivent côtoyer une personne qui souffre de schizophrénie de type paranoïde dans la salle d'attente et sont donc contre cette idée.

Par contre, nous envisageons de mettre sur pied des cliniques parallèles pour amorcer l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale, mais cela ne sera possible que lorsque le public, entre autres, sera sensibilisé.

M. Service: À l'heure actuelle, on en compte plusieurs en psychologie clinique. Ainsi, des médecins et des psychologues de même que d'autres praticiens travaillent tous ensemble au même endroit, mais dirigent le patient vers le spécialiste pertinent.

Il existe un autre modèle où les services sont regroupés et où le physiologiste, le psychologue et le médecin collaborent avec d'autres spécialistes et se confient les patients. Cela fonctionne bien, quoi que les sources de revenus soient extrêmement différentes. On trouve également de nouveaux modèles selon lesquels une clinique conclut un contrat avec des psychologues praticiens, par exemple, dans le but d'obtenir une partie de leur temps ou encore avec un hôpital et une clinique communautaire qui achètent chacun la moitié du temps du spécialiste. Cette situation se produit surtout dans les régions rurales.

Ce sont des modèles qui commencent à se développer. C'est très stimulant. À notre avis, les systèmes de financement doivent être souples et différents selon qu'il s'agit d'une région urbaine, rurale ou éloignée. Ils doivent pouvoir diriger le bon patient vers le bon spécialiste au bon moment. Il existe de nombreuses possibilités.

Un peu plus tôt, j'ai parlé de psychologues qui facturaient de 100 à 150 \$ de l'heure et qu'il fallait en tenir compte dans le contexte d'un système de soins de santé de première ligne; ces spécialistes sont des gens d'affaire dans le secteur privé. Ils doivent payer leurs locaux, leur personnel; ils dirigent une entreprise. Lorsque vous tenez compte de ce coût en amalgamant le secteur public et le secteur privé, vous parlez d'un système où les frais généraux sont pris en charge par rapport à un autre système qui doit générer les revenus nécessaires pour pouvoir être rentable.

Mais pour en revenir à votre première question, on doit se pencher sur l'amalgamation des deux systèmes.

M. Arbuckle: J'ai en tête quelques exemples à Ottawa où l'on travaille en partenariat, comme au Centre de santé communautaire de la Côte de sable. On reçoit par exemple un psychiatre en détachement une demi-journée par semaine ou une demi-journée par mois de façon à obtenir des consultations au sujet des cas les plus difficiles.

We also have other health professionals, including a nurse-practitioner who is seconded to Sandy Hill because they are dealing with a population in which a number of people are homeless and a number have serious mental illness. They do integrate the mental health services into the health centre atmosphere.

There are other wonderful examples of the inner-city health project, where many agencies and hospitals are providing seconded services. It may be on an on-call basis, social work or psychiatric nurses but also physical health services because it is for a population that is tertiary and, in some cases, palliative.

There are examples where you are purchasing a little bit of service. You do not need a full person to do the job, but you need a bit of somebody and you can get that from one of the other agencies. There are ways of working in terms of partnership through that kind of model.

Senator Cordy: I used to be an elementary school teacher. I found two frustrations that most of the teachers on the staff shared when dealing with children who had needs. The first was the waiting time. In some cases, you spoke to administration in the school and then in many cases, you would have to talk to parents, particularly in the early grades, to let them know that there was a problem. Then you would refer them to the school psychologist, which would take many months. At my age, you do not want to wait three to six months, but it is not the end of the world. When one is five or six years old, many things can happen in three or six months.

The child would finally get his or her appointment with the school psychologist, who is dealing with 10 schools in the system and gets to each school maybe one day a week or every two weeks. The school psychologist would meet with and test the child and then make a referral to the child guidance centre or the IWK, which would require another period of waiting. That was one huge frustration — and that was when the parents were compliant and agreed that this should be happening.

The second issue was the families. Particularly in families with young children, you saw parents and siblings who were really hurting. The siblings were often feeling discrimination from other students in the school because they had the weird brother or sister in the school.

How do you deal with those things? How do you speed things up within the school system? Is that possible?

Mr. Service: I think it is possible. There are a number of different ways of doing it. First there is the old question of resources. Why is there one school psychologist for 10 schools? What happened to the public health nurses in the schools? I have

Nous bénéficions également des services d'autres professionnels de la santé, dont une infirmière praticienne en détachement au Centre de la Côte de sable parce qu'on compte parmi les habitants de ce quartier un grand nombre de sans-abri et un grand nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave. Les services de santé mentale sont intégrés aux services offerts au centre de santé.

Il existe d'autres exemples positifs tirés du projet dans les quartiers défavorisés, où beaucoup d'agences et d'hôpitaux offrent des services de détachement de personnel. Les spécialistes peuvent également être de garde, que ce soit des travailleurs sociaux ou des infirmières psychiatriques mais également des spécialistes de la santé physique pour combler les besoins en soins tertiaires et, dans certains cas, palliatifs de la population.

Dans d'autres cas, il est possible d'acheter une petite quantité de services. Vous n'avez pas besoin de quelqu'un à temps plein, mais vous avez besoin de quelqu'un de temps à autre; il est possible d'obtenir ces services par le biais d'agences. Il est possible dans le cadre de ce modèle de conclure des partenariats.

Le sénateur Cordy: J'ai déjà été enseignante au primaire. Je ressentais les mêmes frustrations que la plupart des autres enseignants qui s'occupent d'enfants qui avaient des besoins particuliers. Tout d'abord, la période d'attente. Dans certains cas, il fallait s'adresser à l'administration de l'école et dans plusieurs cas, il fallait ensuite discuter avec les parents, surtout lorsque les enfants étaient au début du primaire, pour leur faire part du problème. Il fallait ensuite les faire voir par le psychologue de l'école, ce qui prenait plusieurs mois. À mon âge, on ne souhaite pas attendre de trois à six mois bien que ce ne soit pas la fin du monde. Mais lorsqu'on a cinq ou six ans, beaucoup de choses peuvent se produire en trois ou six mois.

L'enfant obtient finalement un rendez-vous avec le psychologue de l'école, qui en dessert une dizaine et n'y passe qu'une journée par semaine ou aux deux semaines. Le psychologue rencontre l'enfant, lui fait subir des tests et le confie au centre d'orientation ou au Centre de ressources en santé pour la famille, ce qui entraînera une autre période d'attente. C'était une source immense de frustration — et c'était lorsqu'on pouvait compter sur la collaboration des parents qui acceptaient la démarche.

La deuxième source de frustration, c'était les familles. On constatait, en particulier chez les familles comptant de jeunes enfants, que les parents, les frères et les sœurs souffraient terriblement. Les frères et sœurs d'un enfant au comportement bizarre étaient souvent victimes de discrimination de la part des autres élèves de l'école.

Comment faire face à ces situations? Comment accélérer la démarche à l'intérieur du réseau scolaire? Est-ce possible?

M. Service: Je crois qu'il est possible de le faire. Il existe de nombreuses façons d'y parvenir. Il y a tout d'abord la sempiternelle question des ressources. Pourquoi ne compte-t-on qu'un seul psychologue pour dix écoles? Qu'est-il advenu des

the scars to prove it. I remember them well. You remember them well, too, maybe.

Why have we decentralized and taken those support systems out of the environment that these kids are in more than any other environment except perhaps home? That does not make sense.

In New Glasgow, we tried to move the mental health services from the hospital into the schools. I was on the children's team at the Aberdeen. We were going to disband that and provide all of our mental health services out of the schools and try to get some psychology and nursing support into the school system to deal with it there. That was a great idea, but it died because we had a change in government.

We need a national action plan that can look at not only providing more mental health services in the health system but also providing those services across systems in an effective way. Personally, I spent a lot of time in the school. I also spent a lot of time at this Pictou County Children's Aid Society and I would have to follow this kid around. I was also attached to the court. Why was I doing all that and providing files in the different areas and running around when we could centralize it? Children's services could be centralized and rationalized by locale as opposed to by silo. That could go a huge way.

I am getting older, so I have a real investment in geriatric services. If you ask me where is the bang for the buck, it is not there; it is in kids. If we loaded that system up, that would be fine with me. That is where it should go. Then it could be provided to the schools, the criminal justice system, kids' courts, Children's Aid, the hospital and public health. That is the way to go.

Senator Cordy: We had some witnesses who appeared before us who were actually using the mental health system as patients. One of the things they found frustrating was retelling their story over and over again.

Mr. Service: Furious.

Senator Cordy: Is the information shared? How many times must an individual be assessed and tell their story? Would an electronic health record help that?

Mr. Service: Absolutely. I found that because I was the last guy on the train before the IWK, the Nova Scotia hospital in Shelburne. They had been through a whole bunch of folks and people were angry by the time they got to me. They were fed up with telling their story repeatedly. It is a painful and complicated story to tell. Furthermore, if I saw the kid in the school I had to re-intake them for the school system or Children's Aid. I personally then had to do all these different interviews to satisfy those systems.

infirmières en santé publique dans nos écoles? Je porte les cicatrices qui le prouvent. Je me rappelle fort bien d'elles. Peut-être vous en rappelez-vous également?

Pourquoi avons-nous décentralisé les services et retiré les réseaux d'appui du milieu où ces enfants passent plus de temps que n'importe où ailleurs, sauf peut-être à la maison? Ce n'est pas logique.

À New Glasgow, nous avons tenté de déménager les services de santé mentale de l'hôpital dans les écoles. Je faisais partie de l'équipe de soins pour les enfants de l'hôpital Aberdeen. Nous voulions l'éliminer et offrir les services de santé mentale directement dans les écoles et offrir un appui psychologique et infirmier sur place. L'idée était excellente, mais n'a pu se concrétiser en raison d'un changement de gouvernement.

Nous avons besoin d'un plan d'action national pour offrir les services de santé mentale non seulement à l'intérieur du système de santé mais également dans d'autres réseaux, de manière efficace. J'ai moi-même passé beaucoup de temps dans les écoles. J'ai également consacré beaucoup de temps à la Société d'aide à l'enfance du comté de Pictou où j'effectuais le suivi d'enfants. J'ai également été affecté aux tribunaux. Pourquoi devais-je faire tout cela, en plus de suivre les dossiers dans les diverses régions et de devoir me déplacer alors que nous aurions pu tout centraliser? Les services offerts aux enfants pourraient être centralisés en fonction des régions plutôt qu'en fonction des domaines de services. Cela améliorerait grandement la situation.

Je vieillis et je m'intéresse donc grandement aux services de gériatrie. Si vous me demandez comment optimiser les ressources, ce n'est pas là qu'il faut investir, c'est auprès des enfants. Si ce système était généreusement financé, ça me conviendrait tout à fait. C'est là qu'on devrait investir. On pourrait ensuite fournir des ressources aux écoles, au système juridique, aux tribunaux de la jeunesse, à la Société d'aide à l'enfance, aux hôpitaux et aux services de santé publique. Voilà ce qu'il faut faire.

Le sénateur Cordy: Nous avons entendu des témoins qui étaient des patients du système de soins de santé mentale. Ils nous ont dit qu'ils trouvaient frustrant de devoir répéter sans cesse leur histoire.

M. Service: Furieux.

Le sénateur Cordy: Y a-t-il partage des renseignements? Combien de fois doit-on évaluer une personne et lui demander de raconter son histoire? Serait-il utile de disposer de dossiers électroniques de santé?

M. Service: Tout à fait. Je l'ai constaté parce que j'ai été le dernier à partir avant la mise sur pied du Centre de soins de santé IWK, à l'hôpital de la Nouvelle-Écosse à Shelburne. Les gens étaient en colère lorsqu'ils aboutissaient finalement dans mon bureau à l'issue d'une série de rencontres avec des tas de personnes. Ils en avaient marre d'avoir dû répéter sans cesse leur histoire. C'est une histoire douloureuse et compliquée. En outre, si j'avais vu l'enfant à l'école, je devais établir à nouveau son dossier pour le système scolaire ou pour la Société d'aide à l'enfance. Je devais personnellement refaire toutes ces entrevues pour répondre aux exigences de ces systèmes.

That is why the European Common Market idea is a wonderful idea. Why can we not have a common community market for mental health service so that you could travel around get your services and your electronic record follows you?

There is another problem, though. The hospital, the school and the Children's Aid Society all feel as if they have legal responsibility. We have to free them from taking responsibility solely for those services that they deliver on their premises. The providers have to have some way of providing services without that kind of malpractice complication that can occur. That is the other problem that can be resolved by governments and very quickly, I think. That is a horrible thing for someone who must retell the tale. You know that.

Senator Cordy: We are not just dealing with silos, we are dealing with the health, education and community service system and never the twain shall meet.

Ms. Panagabko: Even within one silo, a teaching hospital, I have talked with clients who have told their story up to 20 times because they have to tell all the students, including their supervisor, and on and on it goes. It gets to the point where it is dangerous.

I will give you an example that I heard from a mountie on Vancouver Island a while back. He phoned and was so upset that he was beside himself and could hardly speak. He had been called by the crisis line saying that a woman was going to kill herself and refused to contract with them and hung up the phone. They were able to trace the call. She lived out in some remote community. The police officer went dashing out there. The place was dark. There was no one home from what he could see. He thought, she could have either gone to the hospital or she had taken her pills and was lying in the bush somewhere. His first course of action was to phone the hospital to see if she had shown up or not. The emergency room staff informed him that they could not share that information with him. It interfered with his ability to do his job. I have had similar experiences.

As well as figuring it out within our silos, we need to have a way to cross them. For example, having one record for that person. How do you get it from social services to education to health? I do not know the answer to that. There must be degrees of what you can and cannot share. If we do not work this out, however, we will have big problems down the line.

Senator Morin: I would like to put a different note on this retelling of stories. This has been going on with the committee over and over again.

C'est pourquoi l'idée du Marché commun européen est à mon avis une idée magnifique. Pourquoi ne pas disposer d'un marché communautaire commun pour les services de santé mentale, de sorte que vous pourriez vous déplacer pour obtenir les services dont vous avez besoin et que votre dossier électronique vous suivrait?

Il existe toutefois un autre problème. L'hôpital, l'école et la Société d'aide à l'enfance croient tous qu'ils doivent assumer des responsabilités juridiques. Nous devons les dégager de ces responsabilités prises seulement pour les services qu'ils offrent sur place. Les fournisseurs doivent être en mesure de fournir des services sans subir les complications qu'entraîne une faute professionnelle. C'est là l'autre problème que les gouvernements peuvent régler très rapidement à mon avis. C'est affreux lorsqu'une personne doit répéter son histoire. Vous le savez.

Le sénateur Cordy: Nous ne sommes pas aux prises qu'avec le cloisonnement des secteurs, nous faisons face à des systèmes en matière de santé, d'éducation et de services communautaires qui semblent inconciliables.

Mme Panagabko: Même dans un seul secteur, un hôpital universitaire, j'ai parlé à des clients qui ont dû répéter leur histoire jusqu'à 20 fois parce qu'ils doivent en faire part à tous les étudiants, y compris leurs supérieurs, et cetera. Cela devient même dangereux.

Je vais vous donner un exemple dont m'a fait part un agent de la GRC dans l'île de Vancouver, il y a quelque temps. Il m'a téléphoné mais il était tellement bouleversé et hors de lui qu'il pouvait à peine parler. Le service d'écoute téléphonique l'avait appelé pour lui dire qu'une femme allait se suicider, qu'elle refusait de parler et qu'elle avait raccroché. Ils ont pu retracer l'appel. Elle habitait dans une collectivité éloignée. L'agent de police s'est précipité à sa rescousse. Il faisait sombre. Il ne voyait personne dans la maison. Il s'est dit, ou bien elle s'est rendue à l'hôpital ou bien elle a avalé les pilules et gît quelque part dans le boisé. Il a décidé d'abord d'appeler à l'hôpital pour demander si elle s'y était rendue ou non. Le personnel de la salle d'urgence lui a répondu qu'il ne pouvait lui transmettre ces renseignements, ce qui l'a empêché de faire son travail. J'ai vécu des expériences semblables.

En plus de devoir éliminer toute forme de cloisonnement à l'intérieur des structures actuelles, nous devons pouvoir les surmonter d'un secteur à l'autre. On pourrait, par exemple, avoir un dossier unique pour chaque patient. Comment pourrait-on le transférer des services sociaux au système d'éducation puis au système de santé? Je ne sais pas comment y parvenir. On doit pouvoir définir ce que l'on peut transmettre ou non. Toutefois, si nous n'arrivons pas à surmonter cette difficulté, nous serons pris plus tard avec de graves problèmes.

Le sénateur Morin: J'aimerais aborder sous un autre angle le fait que les patients doivent souvent répéter leur histoire. On en a entendu parler au comité à maintes reprises.

Mr. Service, as a psychologist, if a patient comes to you he is referred. He has a note. Will you not question him on his case history? You have different questions the patient answers with different nuances. I was a practising physician. I never took the history. I will not question you, but I was a cardiologist.

I am amazed that, as a psychologist, you would not want to hear the patient's history over again. I do not know about nurses but I am sure that, as psychologists, you would want to question him again. That will be the twenty-third time he tells his history. If he sees another health professional who wants to make a diagnosis, he will question him again. That is part of the story.

Mr. Service: No. I disagree. There is a significant amount of basic information that you will tell me as a patient or your patients will tell you that is the same. That will not change.

What I will want to talk about is your problem. What is it that you feel is the reason you are coming to see me? That, I will go through a lot.

Senator Morin: That is the twenty-third time he is telling his story.

Mr. Service: No. That is very different. That is absolutely relevant to the discussion that patient wants to have with me because that is the problem we will work on. I do not want to have to talk about your educational history, your GP, or verify what is in the GP record, all that kind of stuff.

Senator Morin: All the patient is telling you is the history, it is not the time that he will be at school.

Mr. Service: My responsibility under my regulatory body is to get that information to verify, just as you said. I do not want to have to do that. In our hospital in the Aberdeen, we use volunteers. We have a volunteer program. There were people with behavioural science degrees. You train them and they went out to get that information for them. They did some classroom information gathering and so on. Yes, we trusted that information. That, I think, is a very responsible way to go ahead.

Senator Cook: This afternoon we heard from both panels talking about the need for the creation of a national action plan. How do you see integrating that into provincial jurisdictions for implementation?

Ms. Osted: In both Alberta and Manitoba there are provincial alliances for mental illness and mental health that are also committed to advocating and lobbying for having provincial action plans that will be consistent with the federal action plan. We know that CAMIMH will be successful. We can see that happening. We need the leadership at both levels, but we need it

Monsieur Service, à titre de psychologue, lorsqu'un patient se présente à vous, c'est que quelqu'un l'a envoyé vous consulter. Il a reçu une demande de consultation. N'allez-vous pas alors lui poser des questions sur son cas? Vous allez lui poser des questions différentes auxquelles il répondra en apportant des nuances différentes. J'ai déjà été médecin praticien. Je ne me fiais jamais à l'observation médicale qu'on me remettait. Je ne veux pas mettre votre parole en doute, mais j'ai été cardiologue.

Je m'étonne, qu'à titre de psychologue, vous ne souhaitiez pas entendre à nouveau l'histoire du patient. Je ne sais pas ce que feraient des infirmières, mais je suis convaincu que des psychologues voudraient leur poser à nouveau des questions. Le patient devra répéter son histoire pour la vingt-troisième fois. S'il consulte un autre professionnel de la santé qui veut poser un diagnostic, il devra la raconter à nouveau. Ça fait partie de la démarche.

M. Service: Non. Je ne suis pas d'accord. Il existe une quantité importante de renseignements de base que vous me donnerez à titre de patient ou que vos patients vous donneront qui sont exactement les mêmes. Cela ne changera pas.

Je souhaiterai plutôt m'entretenir avec vous de votre problème. Pourquoi me consultez-vous? Cela, je le fais souvent.

Le sénateur Morin: C'est la vingt-troisième fois qu'il raconte son histoire.

M. Service: Non. Cela, c'est différent. C'est tout à fait pertinent dans le cadre de la discussion que souhaite avoir le patient avec moi parce que ça se rapporte au problème auquel nous travaillerons. Je ne veux pas devoir discuter de votre cheminement scolaire, de votre médecin généraliste, ou devoir vérifier ce qu'a inscrit le médecin généraliste dans le dossier, et cetera.

Le sénateur Morin: Le patient ne fait que vous raconter son histoire, ce n'est pas le moment de parler de l'école.

M. Service: Selon mon organisme de régie, je suis tenu d'obtenir ces renseignements et de les vérifier, comme vous l'avez dit. Je ne veux pas avoir à le faire. Dans notre hôpital, à Aberdeen, nous comptons sur des bénévoles. Nous disposons d'un programme de bénévoles. Ces derniers sont diplômés en sciences du comportement. Ils sont formés et obtiennent les renseignements pour eux. Ils ont obtenu des renseignements sur l'école, et cetera. Oui, nous nous fions à ces renseignements. Je crois que c'est une façon très responsable d'agir.

Le sénateur Cook: Cet après-midi, nous avons entendu les deux groupes de témoins nous parler de la nécessité de mettre sur pied un plan d'action national. Comment croyez-vous que l'on devrait l'intégrer à ce qui se fait dans chaque province afin de le mettre en oeuvre?

Mme Osted: Tant en Alberta qu'au Manitoba, on a constitué des alliances provinciales pour la maladie mentale et la santé mentale qui exercent des pressions pour qu'on établisse des plans d'action provinciaux qui concorderont avec le plan d'action fédéral. Nous savons que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale portera fruit. Nous le constatons déjà.

at the federal level first. People who are homeless and have mental illnesses travel between provinces so it must be national so that there is some consistent philosophy of approach to the issue. We will not wait for federal leadership before we do our thing at the provincial level. However, it would be very helpful to have it at the national level.

Senator Cook: That is my dilemma. In my province, I see the continuum of care happening at a provincial level. If we have a national plan, how do we integrate it? Is this another way of getting funds and professionals and whatever into the system?

Ms. Panagabko: There are all kinds of excellent programs out there, but they are small, little programs. There may be a cluster of programs in your province that are good. However, there are also clusters of programs that are not good. Leadership is required.

First, a paradigm shift needs to occur around the use of resources. Leadership would make a huge difference around the stigma, and so on, if it is seen as something that is important.

I would also like to see national mental health act that is not different from province to province. Right now, within each province, it is interpreted in different ways in and of itself. If we had a national act, and some guidelines around how to interpret it, we would get somewhere with that. That would make a huge difference to the lives of a lot of people with mental illness.

Senator Cook: When Minister Bennett was in Newfoundland, she had a round table with all the interested and responsible stakeholders. About 30 people around that table told their story. Before she was half-way around the room, you could see the duplication of services, of programs in that small area. Right away, I could see where you could save on human resources and financial and volunteer resources.

I agree that there are many little pockets of services out there doing things well, there may be duplication, and other things are not being done. I was just looking for your thoughts on integration.

Ms. Panagabko: There are many parallel programs. With some national leadership, perhaps we could get past that so that we are using the broader health care team in a more effective way.

Ms. Osted: As well as the financial resources.

Ms. Panagabko: That is right.

Senator Cook: Thank you very much. Newfoundlanders tell stories and I have a good-news one for you. When my daughter was 17, she became severely anorexic as a result of her dad's death. It was a nutritionist and a psychologist who walked with her on her three-year journey. There was an integrated approach.

Nous avons besoin d'un leadership aux deux paliers, mais d'abord au fédéral. Les sans-abri et les gens qui souffrent de maladie mentale se déplacent d'une province à l'autre. Le plan doit donc être d'envergure nationale de sorte que la démarche conçue soit cohérente. Nous n'attendons pas que le fédéral fasse preuve de leadership avant d'intervenir au provincial. Cependant, il serait fort utile de disposer d'un plan national.

Le sénateur Cook: Voilà mon dilemme. Dans ma province, je constate le continuum des soins à l'échelon provincial. Si nous disposons d'un plan national, comment y serait-il intégré? Serait-ce un autre moyen d'obtenir des fonds et des professionnels, et cetera, pour notre système?

Mme Panagabko: Il y a toutes sortes d'excellents programmes, mais ce sont de tout petits programmes. Dans votre province, on trouve peut-être un ensemble de programmes de qualité. Cependant, il en existe aussi de mauvaise qualité. On a besoin de leadership.

D'abord, il faut assister à un changement de paradigme au sujet de l'utilisation des ressources. Un leadership pourra faire la différence au sujet de la stigmatisation entre autres, si c'est vu comme quelque chose d'important.

J'aimerais également que la loi nationale sur la santé mentale ne soit pas différente d'une province à l'autre. À l'heure actuelle, on l'interprète différemment dans chaque province. Si nous disposons d'une loi nationale ainsi que de lignes directrices sur son interprétation, nous pourrions obtenir des résultats. Cela aurait une incidence énorme sur la vie de beaucoup de personnes qui souffrent de maladie mentale.

Le sénateur Cook: Lorsque la ministre Bennett était à Terre-Neuve, elle a participé à une table ronde avec tous les intéressés et les intervenants responsables. Une trentaine de personnes ont fait part de leur situation. Avant d'en avoir entendu à peine la moitié, on pouvait constater les dédoublements de services, de programmes dans les petites régions. J'ai tout de suite vu où on pouvait réaliser des économies sur le plan des ressources humaines, financières et des bénévoles.

C'est vrai qu'il existe des petites grappes de services qui fonctionnent très bien; on constate aussi les dédoublements de services mais également l'absence de services. Je cherchais simplement à savoir ce que vous pensiez de l'intégration.

Mme Panagabko: Il existe de nombreux programmes parallèles. Grâce à un leadership national, nous pourrions peut-être surmonter ce genre de problèmes et utiliser l'ensemble de l'équipe de soins de santé plus efficacement.

Mme Osted: De même que les ressources financières.

Mme Panagabko: C'est exact.

Le sénateur Cook: Merci beaucoup. Les habitants de Terre-Neuve aiment raconter des histoires. J'aimerais vous raconter une histoire positive. À 17 ans, ma fille est devenue gravement anorexique à la suite du décès de son père. Elle s'est fait épauler par une diététiste et une psychologue pendant son épreuve qui a

The good news is that today she is a psychologist and a mother of two little boys.

The Chairman: Thank you very much for coming here. We really appreciate the time you have been with us.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act, met this day at 11:04 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: We are here today for our first day of hearings on Bill C-24, an act to amend the Parliament of Canada Act.

Our witness this morning is the Honourable Jacques Saada, the Leader of the Government in the House of Commons, who has with him Ms. Arnold, Mr. Wall and Ms. Bougie. Welcome.

Minister, as I understand it, you have a brief opening statement and then we will turn to questions from our colleagues.

Hon. Jacques Saada, Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform: Again, it is a pleasure to be appearing before a Senate committee.

[*Translation*]

Thank you for inviting me here today to consider Bill C-24, an Act to amend the Parliament of Canada Act. Accompanying me are persons who are very knowledgeable about the details of this legislation.

The purpose of this bill is to ensure that parliamentarians aged 50 to 55 who no longer sit in Parliament and who are entitled to a pension will be eligible to participate in benefit plans.

[*English*]

Retired parliamentarians who receive a pension are eligible to pay the necessary premiums and participate in benefit plans on the same basis as retired public servants who receive a pension. These plans include the Public Service Health Care Plan, the Pensioners' Dental Services Plan, and the Public Service Management Insurance Plan. The benefits for retired parliamentarians are identical to the benefits provided to retired public servants, just as the benefit plans we are covered by as sitting parliamentarians are based on those provided to public servants.

duré trois ans. Elle a pu compter sur une démarche intégrée. Résultat: elle est aujourd'hui psychologue et mère de deux petits garçons.

Le président: Nous vous remercions de vos témoignages. Nous vous savons gré du temps que vous nous avez consacré.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, se réunit aujourd'hui à 11 h 04 pour en faire l'examen.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: C'est aujourd'hui notre première journée d'audience sur le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

Nous accueillons comme témoin ce matin l'honorable Jacques Saada, leader du gouvernement à la Chambre des communes, qui est accompagné de Mme Arnold, de M. Wall et de Mme Bougie. Bienvenue.

Monsieur le ministre, je crois savoir que vous avez une brève déclaration liminaire. Ensuite, nous passerons aux questions de nos collègues.

L'honorable Jacques Saada, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique: Encore une fois, c'est un plaisir de comparaître devant un comité sénatorial.

[*Français*]

J'aimerais vous remercier de m'avoir invité afin d'examiner le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada. Je suis accompagné de personnes qui ont l'expertise sur le contenu détaillé de cette question.

Le but du projet de loi C-24 vise à faire en sorte que les parlementaires âgés de 50 à 55 ans qui ne siègent plus au Parlement et qui ont droit à une pension soient admissibles au régime d'avantages sociaux.

[*Traduction*]

Les parlementaires à la retraite qui reçoivent une pension peuvent, tout comme les fonctionnaires à la retraite, souscrire au régime d'avantages sociaux en acquittant les droits requis. Il s'agit du Régime de soins de santé de la fonction publique, du Régime de services dentaires pour les pensionnés et du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique. Les avantages offerts aux parlementaires à la retraite sont les mêmes que ceux offerts aux fonctionnaires à la retraite — tout comme les régimes d'avantages sociaux offerts aux parlementaires reposent sur ceux offerts aux fonctionnaires.

Retired parliamentarians pay the same premiums for these plans as retired public servants. For example, premiums for the health care plan range from \$25.57 per month to \$63.07 per month, depending on the level of coverage and whether the benefits cover family members. Premiums for the dental care plan range from \$16 per month to \$47.96 per month, depending on the number of individuals covered by the plan. The same thing applies to premiums for the life insurance plan.

Prior to changes to parliamentary pensions in 1995, all parliamentarians who contributed to the pension plan for at least six years were eligible for an immediate pension upon retirement, regardless of age. They would all have received benefit plan coverage on retirement, regardless of age.

Since Parliament passed changes to the parliamentary pension plan in 1995, parliamentarians elected or appointed after 1995 can only receive a pension at age 55. These parliamentarians receive benefit plan coverage only after age 55.

[Translation]

The first part of the bill would allow retired parliamentarians aged 50 to 55, who are not in receipt of a pension, to participate in the benefit plans. This would be similar to provisions available for retired public servants who receive a reduced pension between the ages of 50 and 55.

The second part of Bill C-24 clarifies the disability allowance for parliamentarians over 65, which provision was established in 2001 to provide coverage on the same basis as that available for parliamentarians under 65. This is an initiative that the Senate developed, and which was included in changes to parliamentary compensation adopted in 2001 to implement the independent Lumley commission report.

Since 2001, it has been brought to the government's attention that the authority for Medical Plan coverage for parliamentarians over 65 is unclear, and that legislation should clarify this situation.

The bill would come into force with retroactive effect to January 1, 2001, consistent with other changes to parliamentary compensation made in 2001.

I would now welcome any questions Senators may have.

[English]

The Chairman: Thank you, minister. May I ask you one question for clarification? This bill surprised me.

My understanding of the general process of changing compensation for parliamentarians has been that following an election, a commission is appointed to make a recommendation. Then a package of changes to compensation for parliamentarians is developed that basically covers the compensation that

Les parlementaires à la retraite paient en outre les mêmes cotisations à ces régimes que les fonctionnaires à la retraite. À titre d'exemple, les cotisations au régime de soins de santé varient de 25,57 \$ à 63,07 \$ par mois, suivant le niveau de couverture et la nature du plan, soit individuel ou familial. Les cotisations au régime de soins dentaires varient de 16 \$ à 47,96 \$ par mois suivant le nombre de personnes assurées. La même chose vaut pour les cotisations au régime d'assurance-vie.

Avant qu'on ne modifie les dispositions du régime, en 1995, tous les parlementaires qui avaient cotisé à celui-ci pendant au moins six mois étaient admissibles à une pension dès qu'ils prenaient leur retraite, sans égard à leur âge. Ainsi, tous profitaient des avantages sociaux du régime au moment de la retraite, indépendamment de leur âge.

Mais les parlementaires élus ou nommés depuis que le Parlement a apporté des modifications au régime de pension des parlementaires en 1995 ne peuvent toucher leur pension de retraite qu'à 55 ans. Par conséquent, ils ne profitent des avantages sociaux offerts par le régime qu'à partir de cet âge.

[Français]

La première partie du projet de loi a pour but de permettre aux parlementaires retraités, âgés de 50 à 55 ans, qui ne reçoivent pas de pension, de participer au régime d'avantages sociaux. Ces dispositions sont semblables à celles qui s'appliquent aux fonctionnaires à la retraite et qui touchent une pension réduite entre 50 et 55 ans.

La deuxième partie du projet de loi C-24 vient préciser l'allocation d'invalidité accordée aux parlementaires âgés de 65 ans et plus prévue en 2001 pour offrir une couverture similaire à celle des parlementaires âgés de moins de 65 ans. Il s'agit d'une initiative préparée par le Sénat qui faisait partie des modifications apportées au régime de rémunération des parlementaires adoptés en 2001 dans la foulée du rapport d'une commission indépendante, la commission Lumley.

Depuis 2001, on rappelle au gouvernement que la couverture du régime de soins médicaux pour les parlementaires de plus de 65 ans n'est pas claire et que des précisions doivent être apportées à ce sujet dans la loi.

Le projet de loi entrera en vigueur, avec effet rétroactif, le 1^{er} janvier 2001, comme c'est le cas pour d'autres changements effectués en 2001 concernant la rémunération des parlementaires.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur le ministre. Puis-je obtenir une précision? Ce projet de loi m'étonne.

À ma connaissance, voici comment on procède pour modifier la rémunération des parlementaires. À la suite d'élections, une commission est nommée en vue de faire une recommandation. Par la suite, on élabore un ensemble de changements proposés à la rémunération des parlementaires qui visent essentiellement la

parliamentarians receive until the period following the next election. This process has been followed, to the best of my knowledge, for at least 20 years.

It strikes me as odd that a bill would be coming forward at the very end of a session to change compensation for parliamentarians when process would tell us that following the upcoming election, a commission would be appointed. Sometime in 2005 a new set of proposals would be developed.

First, I find it odd that we are changing the process. Second, when I tried to inquire as to why we were changing the process, I was told that there is a parliamentarian who is caught in this under-55 age gap, who is not re-offering and who has a debilitating illness. I was told that that was the essential motivation for making this change.

We do not need to get into the issue of who the individual is or what the illness is. That is not my point.

I want to comment on that specifically. As someone who has spent a good deal of my adult life chairing human resource committees for boards of some major corporations, I would never change the underlying policy on the basis of wanting to do something for a single individual. I would find some way of dealing with that as a one-off situation. I am saying that the private sector would never do that. It would find a way of dealing with the one-off case.

As I understand it, this bill, which is motivated by trying to deal with that one-off case, is proposing a more general, broader policy change. I am puzzled.

To be precise, I have two questions. First, why are we doing the bill at all when it would normally be done following the commission report after the election? Second, if I am correct and it is being done to deal with a one-of-a-kind case, why are we changing the broad policy for a single case, as opposed to doing what the private sector would do, which is to find other means to solve the problem?

Mr. Saada: You are quite correct in describing the usual process. You are quite correct in terms of what triggered the thinking on this issue. Of course, the interventions from various parliamentarians from all political parties were centred on the concern that was raised on that point.

Obviously, if it were only that, we might have been able to deal with this issue differently. However, this case revealed that there was something fundamentally unfair about the way things had been done. We had covered a number of time periods but this hole in the middle was not covered. It became a question of whether we wait, unfairly, to correct the problem in the current legislation, or do we take action immediately on this issue?

It is important that we elevate ourselves above political considerations, for obvious reasons. The only reason I felt comfortable pushing this bill through the process was that there was unanimous agreement in the House that it was the proper thing to do.

rémunération qu'ils toucheront jusqu'au début de la période suivant les élections suivantes. À ma connaissance, ce processus est en vigueur depuis au moins 20 ans.

Je trouve étonnant que l'on présente à la toute fin d'une session un projet de loi visant à modifier la rémunération des parlementaires alors que selon la procédure habituelle, dans la foulée des élections à venir, une commission chargée de ce dossier serait nommée et qu'en 2005, une nouvelle série de propositions seraient élaborées.

Premièrement, je trouve curieux que l'on modifie le processus. Deuxièmement, lorsque j'ai essayé de savoir pourquoi, on m'a dit qu'un parlementaire se trouvant dans la catégorie des moins de 55 ans et qui ne se représentera pas souffre d'une maladie débilitante. On m'a dit que c'était là la raison principale pour laquelle on voulait apporter ce changement.

Il n'est pas nécessaire de savoir qui est l'individu en question ni de quelle maladie il s'agit. Là n'est pas l'important.

Je voudrais commenter cela spécifiquement. Moi qui ai passé une bonne partie de ma vie d'adulte en tant que président de comités des ressources humaines pour les conseils d'administration de certaines grandes sociétés, je ne modifierais jamais la politique de base pour essayer de régler un cas individuel. Je trouverais un moyen de régler cela sur une base individuelle. On ne ferait jamais cela dans le secteur privé. On trouverait un moyen de régler ce cas particulier.

Si j'ai bien compris, ce projet de loi, qui est mu par l'intention de régler ce cas particulier, propose un changement de politique plus générale. Je suis confondu.

Pour être précis, j'ai deux questions. Premièrement, pourquoi devons-nous étudier ce projet de loi lorsque normalement, cela devrait se faire à la suite du rapport de la commission, après les élections? Deuxièmement, si je ne me trompe pas et que l'objet de la mesure est de régler un cas particulier, pourquoi modifier la politique générale pour un cas unique, au lieu de faire ce que l'on ferait dans le secteur privé, c'est-à-dire trouver d'autres moyens de résoudre le problème?

M. Saada: Vous avez bien décrit le processus habituel. En outre, vous avez raison en ce qui concerne le cas qui a été le point de départ de la réflexion à ce sujet. Bien entendu, les interventions des divers parlementaires de tous les partis politiques ont porté principalement sur cette préoccupation.

Évidemment, s'il s'agit uniquement de cela, nous aurions peut-être pu régler cette affaire différemment. Cependant, ce cas a mis au jour une injustice fondamentale dans la façon de faire les choses. Nous avons couvert un certain nombre de périodes, mais il y avait un coût au milieu qui n'était pas couvert. Il s'agissait donc de savoir si nous devons attendre, injustement, pour corriger le problème figurant dans la loi actuelle, ou si nous allions agir immédiatement.

Il est important de s'élever au-dessus des considérations politiques, pour des raisons évidentes. Si je me sens tout à fait à l'aise de promouvoir ce projet de loi, c'est qu'il a obtenu l'assentiment unanime de la Chambre, qui a convenu que c'était la chose à faire.

It is not a change in policy per se. It is fixing something that was wrong within the policy.

The Chairman: I do not disagree that a mistake was made and the policy should have been corrected initially. However, if it were just this one case, you probably could have found a way around it.

Why did we not do that? Sometime in the next 12 months, we will be dealing with all kinds of amendment to the acts that deal with the compensation of parliamentarians.

You and I are very much on the same wavelength, in that sense. I am not surprised that the bill was agreed to unanimously because I do not know that the people in the House would necessarily have the experience in the private sector to say that there are other ways of dealing with it. Second, with people motivated to help a colleague, they would not have necessarily looked at another alternative.

Knowing that in 12 months we will be dealing with a broader piece of legislation anyway, I do not know why we did not deal with this in another way. Can you explain why you did not deal with the case as one of a kind and make this a high priority item following the election?

Mr. Saada: I will begin, and then pass it on to my officials for the second part of your question.

I did not explore avenues to deal with this matter on an exceptional basis. I was simply trying to answer the concern that you expressed in your questions.

Let me put it this way. You observe a situation that alerts you to an unintended flaw in the system. Should we not deal with it and let the process take its course? Hypothetically, we will have an election within a year and a half. Another year or so will pass before a review. Two and a half or three years have passed before there is a proposal for resolution of the problem. You must then introduce legislation.

In terms of efficiency, we saw a problem. It was a flaw. We addressed it. The way we addressed it is this proposed bill.

[Translation]

Would you care to add to that?

[English]

Ms. Ginette Bougie, Director, Pay and Classification, Privy Council Office: Actually, you are quite right. Prior to 2001, there was a process by which after the election, a special commission was created to review compensation and benefits for parliamentarians. However, after that last commission, the Parliament of Canada Act was amended to abolish that process.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'un changement de politique. C'est plutôt que l'on corrige une lacune de la politique.

Le président: Je ne disconviens pas qu'une erreur a été faite et que la politique aurait dû être corrigée à l'origine. Cependant, si un seul cas s'est présenté, il aurait été sans doute possible de trouver un moyen de régler cela.

Pourquoi ne pas l'avoir fait? D'ici les 12 prochains mois, nous serons saisis de divers amendements à la législation relative à la rémunération des parlementaires.

Vous et moi sommes tout à fait sur la même longueur d'ondes, en ce sens. Je ne suis étonné que le projet de loi ait recueilli le consentement unanime car je ne crois pas qu'il y ait grand monde à la Chambre des communes qui ait nécessairement l'expérience du secteur privé et par temps, savoir qu'il y a d'autres façons de procéder. Deuxièmement, comme les gens souhaitaient aider un collègue, ils n'ont pas nécessairement envisagé une solution de rechange.

Sachant que d'ici 12 mois nous devons de toute façon examiner une vaste mesure législative, je ne vois pas pourquoi nous ne réglons pas cette affaire d'une autre façon. Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous n'avez pas traité ce cas comme un cas d'exception et en faire une question prioritaire après les élections?

M. Saada: Je vais commencer et ensuite je céderai la parole à mes collaborateurs pour la seconde partie de votre question.

Je n'ai pas à explorer d'avenues pour régler ce cas comme un cas d'exception. Je voulais simplement tenter de répondre à la préoccupation que vous avez exprimée dans vos questions.

Voici comment je vois les choses. Vous observez une situation qui vous alerte à une lacune fortuite dans le système. Faut-il se croiser les bras et laisser le processus suivre son cours? Hypothétiquement, il y aura des élections d'ici 18 mois. Une autre année environ s'écoulera avant qu'il y ait un examen. Deux ans et demi ou trois auront passé avant qu'il y ait une proposition en vue de résoudre le problème. Ensuite, il faut présenter un projet de loi.

Au plan de l'efficacité, nous avons constaté un problème. C'était une lacune. Nous l'avons corrigé et ce, en présentant ce projet de loi.

[Français]

Est-ce que vous pouvez compléter la réponse, s'il-vous-plaît?

[Traduction]

Mme Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification, Bureau du Conseil privé: En fait, vous avez raison. Avant 2001, il existait un processus voulant qu'après les élections, une commission spéciale était créée en vue d'examiner la rémunération et les avantages des parlementaires. Cependant, après la dernière commission, la Loi sur le Parlement du Canada a été modifiée pour abolir ce processus.

As a result, the establishment of salaries for parliamentarians is directly linked to that of judges of the Federal Court. Therefore, it was no longer required to have a commission to study these things.

The Chairman: May I ask you for one point of clarification? You explicitly used the word “salary.” I assume that you meant salaries and benefits. Did you just mean salaries?

Ms. Bougie: And benefits. There is no longer a commission.

The Chairman: It is correct that salaries of members of Parliament are now linked to judicial salaries. Does that also apply to benefits? This is a benefits issue, not a salary issue.

Ms. Bougie: It only applies to salaries, you are correct.

The Chairman: That is interesting, but irrelevant, because this applies to benefits.

Ms. Bougie: It was tied to the creation of a commission to study these things, which no longer exists.

With respect to benefits for parliamentarians, the Financial Administration Act gives the Treasury Board the authority to fix benefits for executives within the realm of the public service; it does not give them the authority to fix benefits for parliamentarians. The only way to correct the situation in which we found ourselves, that is, lacking coverage for those between the ages of 50 and 55 years, was to create a legislative basis on which to provide that benefit coverage.

The Chairman: I am not sure I understand the implication of what you are saying. I forgot that the salary issue was cleverly tied to judge’s salaries on the grounds that it would be easier for our salaries to go up provided we treat judges fairly. I understand that.

That means that the benefits issue will not necessarily be looked at following each election because the benefits are designed to be exactly compatible with the benefits in the public service. If their benefits do not change, then I presume our benefits do not change.

Therefore, it would follow that it is no longer true that legislation amending the benefits for parliamentarians would normally appear within a year or so of an election. Is that correct?

Ms. Bougie: That is correct.

Senator Lynch-Staunton: Senator Kirby has touched on a number of things that I wanted to raise.

Résultat, les salaires des parlementaires sont directement liés à ceux des juges de la Cour fédérale. Par conséquent, il n’était plus nécessaire d’avoir une commission chargée d’étudier cela.

Le président: Puis-je avoir une précision? Vous avez explicitement utilisé le terme «salaires». Je suppose que vous voulez dire par là salaires et avantages. Voulez-vous parler uniquement des salaires?

Mme Bougie: Des avantages également. Il n’existe plus de commission.

Le président: Il est exact que les salaires des parlementaires sont maintenant liés aux salaires des juges. Cela s’applique-t-il également aux avantages sociaux? Nous discutons d’avantages sociaux, et non de salaire.

Mme Bougie: Cela s’applique uniquement aux salaires. Vous avez raison.

Le président: C’est intéressant, mais cela n’a rien à voir puisque c’est d’avantages sociaux qu’il s’agit.

Mme Bougie: Cela avait un lien avec la création d’une commission chargée d’étudier ces choses-là, commission qui n’existe plus.

Pour ce qui est des avantages sociaux accordés aux parlementaires, la Loi sur la gestion des finances publiques confère au Conseil du Trésor le pouvoir de fixer les avantages sociaux pour les cadres supérieurs de la fonction publique; elle ne lui donne pas le pouvoir de fixer des avantages sociaux pour les parlementaires. La seule façon de remédier à la situation dans laquelle nous nous trouvons, soit l’absence de couverture pour les parlementaires âgés de 50 à 55 ans, était de rédiger une mesure législative autorisant cette couverture.

Le président: Je ne suis pas sûr de comprendre ce que tout cela implique. J’avais oublié que nos salaires étaient judicieusement liés à ceux des juges, au motif qu’il serait plus facile d’avoir des augmentations pourvu que l’on traite les juges de façon équitable. Je comprends cela.

Cela signifie que les avantages sociaux ne feront pas nécessairement l’objet d’un examen chaque fois qu’il y aura des élections étant donné qu’ils sont conçus pour être exactement compatibles à ceux accordés aux fonctionnaires. Si leurs avantages sociaux ne changent pas, je présume que les nôtres ne changeront pas non plus.

Il s’ensuit donc qu’il n’est plus juste de dire qu’une mesure législative visant à modifier les avantages sociaux des parlementaires sera normalement présentée environ un an après les élections. Est-ce juste?

Mme Bougie: C’est juste.

Le sénateur Lynch-Staunton: Le sénateur Kirby a abordé un certain nombre de questions que je voulais soulever.

Particularly, how we can avoid coming to Parliament in such instances. This is the third bill that I can remember that was triggered by the situation of one parliamentarian. As compassionate as we may wish to be, I think that is the wrong way to go about it.

I have had similar experience to that to which Senator Kirby referred, in private business. When there was a special case, it was defined as such somewhere in the policy. It could be treated as a special case within the policies.

I will ask the colleagues that you brought with you, minister, to elaborate on that. Hopefully, we can avoid dealing with legislation such as this in the future.

Minister, I have great respect for the way each House handles legislation. We do not always do it the same way, but there are times when the House seems to be a little hasty.

Your argument on the bill is valid. If this is considered to be a flaw that has existed for too long, let us correct it. However, I am still concerned that we are correcting it because of one individual.

If there is validity to this bill, why was it passed in about 20 minutes on a Friday afternoon, without any debate, report, committee, or clause-by-clause study? All those steps simply were deemed to have taken place. Had the House looked at this bill more closely, and had discussion taken place in the House, perhaps it would not have necessitated holding these hearings, with as many witnesses as we appear to have.

I would like you to explain why that bill was given such preferential treatment at a time when not many people were watching or aware of what was going on.

Mr. Saada: May I let Mr. Wall begin the answer?

Senator Lynch-Staunton: Yes.

Mr. Saada: I will then complete the answer.

Mr. Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel, Privy Council Office: The honourable senator is correct about the amount of time that it took for the House to complete the passage of the proposed legislation. However, there were many discussions that preceded that, including at the Board of Internal Economy last fall, and others among House leaders. In cases of technical legislation, where it appears quite clear that a matter is fair and can be dispensed with in a fairly quick manner, it is not uncommon for the House of Commons to move quickly.

I would point out as well that while it seems that there is a precipitating case in the House, as Minister Saada has indicated, the principles for this policy change have been developed on the basis of similar principles that apply to retired public servants.

Particulièrement, comment serait-il possible d'éviter de soumettre de telles questions au Parlement. Si je me souviens bien, c'est le troisième projet de loi engendré par la situation d'un parlementaire. Même si nous voulons faire preuve de compassion, je pense que c'est la mauvaise façon de procéder.

J'ai vécu une expérience similaire à celle évoquée par le sénateur Kirby dans le secteur privé. Lorsqu'un cas particulier se présentait, il était défini comme tel dans la politique. Il pouvait être réglé comme un cas d'exception dans le cadre de la politique.

Monsieur le ministre je voudrais que les collègues qui vous accompagnent nous fournissent plus de détails. Il faut espérer que nous pourrions éviter d'être saisis de mesures comme celle-là à l'avenir.

Monsieur le ministre, j'ai énormément de respect pour la façon dont chaque chambre étudie les mesures législatives. Nous ne fonctionnons pas toujours de la même manière, mais il arrive parfois que la Chambre semble agir un peu précipitamment.

Votre argument concernant la mesure est valable. Si l'on considère qu'il s'agit d'une lacune qui dure depuis trop longtemps, faisons en sorte d'y remédier. Cependant, le fait que nous y remédions à cause d'une seule personne continue de m'inquiéter.

Si la mesure est si valable, pourquoi a-t-elle été adoptée en 20 minutes environ un vendredi après-midi sans qu'il y ait eu débat, rapport, renvoi au comité ou étude article par article? Toutes ces étapes ont simplement été réputées avoir eu lieu. Si la Chambre avait examiné la mesure d'un peu plus près et s'il y avait eu une discussion dans cette enceinte, il ne serait peut-être pas nécessaire pour nous de tenir ces séances, avec autant de témoins.

Je voudrais que vous m'expliquiez pourquoi cette mesure a bénéficié d'un traitement préférentiel à un moment où il n'y avait pas grand monde qui était présent à la Chambre ou qui était au courant.

M. Saada: Puis-je laisser M. Walsh commencer à répondre?

Le sénateur Lynch-Staunton: Oui.

M. Saada: Je compléterai ensuite sa réponse.

M. Ron Wall, directeur, Relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat, Bureau du Conseil privé: L'honorable sénateur a raison pour ce qui est du temps qu'il a fallu à la Chambre pour adopter la mesure proposée. Cependant, il y a eu de nombreuses discussions qui ont précédé cela, y compris au Bureau de régie interne l'automne dernier, et entre les leaders à la Chambre. S'agissant de mesures techniques lorsqu'il apparaît clairement qu'une question est juste et peut être réglée assez rapidement, il n'est pas rare que la Chambre des communes agisse sans délai.

Je signale également que s'il peut sembler que la Chambre ait agit de façon précipitée, comme le ministre Saada l'a dit, les principes sous-jacents à ce changement de politique se sont inspirés de principes analogues applicables aux fonctionnaires à la retraite.

Mr. Saada: In his speech in the Senate, Senator Lynch-Staunton alluded to the fact — and he has invoked the same argument again — that it was done when no one was watching or no one was in the House. I do not remember the exact wording. With all due respect, I do not think that is fair, for the following reason. All political parties agreed to proceed after extensive consultation, after debate by parliamentarians in various forums. Actually, we all also agreed on the date it would be tabled. No one saw any problem of substance. There was no opposition. The fact that it was done on a Friday when no one was around was not intentional. It may have been a fact that no one was around, but it had nothing to do with the intent of the content of the bill. I want to ensure that we are on the same wavelength in the understanding of what actually happened there.

One political party in the House raised the issue a number of months ago. It was picked up at the Board of Internal Economy, where there is representation of all the parties, although not necessarily the leaders of all parties. For instance, I was involved in the board discussions at the time, when I was not in my present position. Discussions then took place within caucuses. Discussions took place again at leaders' meetings. We then had some difficulties to overcome in terms of how we would deal with this issue, how we would present it and so on. Again, there was extensive consultation on that basis. What you see is not of a piece of proposed legislation passed when no one was around, but that was produced after extensive concern and consultation.

Senator Lynch-Staunton: Yes, but all those meetings — a board meeting, caucus meetings and house leaders' meetings — are held in private. The public had no notice of this bill. This is what I deplore. If the House had at least gone to Committee of the Whole, someone would have been alerted to what was going on. We are talking about the fact that public funds were committed without any public input whatsoever.

I do not mind the unanimous agreement part. I do not buy the part that it is just a technical bill and we should let it go through. I have seen too many bills called "technical" that were not actually technical at all. Fortunately, we looked at them more carefully here. It was done in such a way that the public was only aware of it after the fact. That is what I deplore. I think if you, as minister responsible, had been a little more open, declared unanimous consent, sent the bill to committee and explained it, you would have had no problems. Instead, suspicions have now been cast on this bill and its purpose because of the way it was handled in the House of Commons.

I had to say that. Do you want to comment?

Mr. Saada: Just a minor point. With all due respect for your position, the bill was not publicly announced and voted on the same day. It was publicly announced, the bill was released, and the contents were public before we voted on it.

M. Saada: Dans son discours au Sénat, le sénateur Lynch-Staunton a fait allusion au fait — et il vient d'invoquer le même argument — que l'on a procédé en catimini ou lorsqu'il n'y avait personne à la Chambre. Je ne me souviens pas de ces propos exacts. Sans vouloir vous manquer de respect, je ne pense pas que l'on puisse affirmer cela en toute équité, pour la raison suivante. Tous les partis politiques ont convenu d'aller de l'avant après de sérieuses consultations, après que les parlementaires en aient discuté à diverses tribunes. En fait, on s'était aussi entendu sur la date à laquelle le projet de loi serait présenté. Personne n'avait vu de problème de fond. Il n'y avait aucune opposition. Le fait que l'on ait présenté la mesure un vendredi, alors qu'il n'y avait pas grand monde, n'était pas délibéré. Je veux m'assurer que nous soyons sur la même longueur d'onde en ce qui concerne ce qui s'est vraiment passé à la Chambre.

Un parti politique à la Chambre a soulevé la question il y a quelques mois. Elle a été reprise par le Bureau de régie interne, où sont représentés tous les partis, bien que ce ne soit pas nécessairement les chefs de tous les partis. Par exemple, j'ai participé aux discussions à la régie interne à ce moment-là, mais je n'occupais pas mon poste actuel. Il y a ensuite eu des discussions au sein des caucuses. Et encore d'autres discussions aux réunions des chefs de parti. Nous nous sommes alors heurtés à certaines difficultés quant à la façon de régler cette affaire, de présenter les choses, et cetera. Encore là, il y a eu de vastes consultations. Ce que vous avez entre les mains, ce n'est pas une mesure législative qui a été adoptée à la sauvette lorsque personne n'était là. C'est plutôt le fruit de consultations approfondies.

Le sénateur Lynch-Staunton: Oui, mais toutes ces réunions — réunions de la régie interne, des caucuses et des leaders à la Chambre — sont tenues en privé. Le public n'a pas été averti au sujet de la mesure. C'est ce que je déplore. Si à tout le moins la Chambre s'était constituée en comité plénier, quelqu'un aurait été averti de ses intentions. En l'occurrence, ce qui dérange c'est le fait que l'on ait engagé des fonds publics sans que la population ait été sondée.

Ce n'est pas le consentement unanime qui me dérange. Je n'accepte pas qu'on dise qu'il s'agit uniquement d'une mesure technique et que nous devrions la laisser passer. J'ai trop vu de ces projets dits « techniques » qui ne l'étaient vraiment pas. Heureusement, nous les examinons plus soigneusement ici. On a fait les choses de telle façon que le public a été mis au courant après coup. Voilà ce que je déplore. En tant que ministre responsable, si vous aviez été un peu plus ouvert, si vous aviez fait état du consentement unanime et envoyé le projet de loi au comité en l'assortissant d'explications, vous n'auriez pas eu de problème. Au lieu de cela, le projet de loi et son intention ont suscité des soupçons en raison du traitement qu'on lui a réservé à la Chambre des communes.

Il fallait que je le dise. Avez-vous des observations à faire?

M. Saada: Juste un détail. Avec tout le respect que je vous dois, le projet de loi n'a pas été publiquement annoncé ni fait l'objet d'un vote le même jour. Le projet de loi a été publiquement annoncé, il a été publié et son contenu a été rendu public avant que nous ne passions au vote.

Senator Lynch-Staunton: Is this a press release you are talking about?

Mr. Saada: I am talking about announcing the bill and making the contents public.

Senator Lynch-Staunton: It did not exactly make the headlines of my newspaper.

In any event, is there a way to avoid a repetition of this situation, where a bill to amend an existing act is presented on the basis of the predicament of one or two individuals only? That is my major question. It is done elsewhere, as the chairman has said, in private business. Why can it not be done in government?

Mr. Saada: Senator, could you please bear with me and repeat the question? I lost part of the sound.

[Translation]

Senator Lynch-Staunton: How is it that each time a special case arises, it cannot be dealt with through existing legislation and Parliament must step in once again to amend an existing act? If memory serves me well, this is the third time we have had to consider an amendment to settle the case of one or two individuals. In the private sector, exceptions can be dealt with by resorting to policy currently in place. However, in this particular instance, no provisions appear to apply. Consequently, new changes need to be approved.

Mr. Saada: This was not my area of responsibility at the time. Consequently, I have to wonder what in fact transpired.

As I understand, the bill that did away with the remuneration review commission and that adjusted the overall salaries of parliamentarians to bring them in line with the salaries of magistrates went through both the House of Commons and the Senate.

[English]

Senator Lynch-Staunton: That was the remuneration act. Is that what you are talking about, in which we fixed salaries of parliamentarians to that of judges?

Mr. Saada: Yes.

Senator Lynch-Staunton: We are talking about something else here. We are talking about benefits.

[Translation]

Mr. Saada: I would have to check, but a process was surely followed at the time to bring in some amendments, despite the fact that certain shortcomings remain. If the problem was not rectified at the time, it really does not matter who was responsible for the situation. What matters, in my opinion, is that we have a duty today to rectify any existing error, shortcoming or injustice.

It was not a matter of a question involving a single individual. A problem has been identified, one that presents an injustice for all those who may find themselves in a similar situation. I am

Le sénateur Lynch-Staunton: Parlez-vous d'un communiqué?

M. Saada: Je dis simplement que le projet de loi a été annoncé et son contenu rendu public.

Le sénateur Lynch-Staunton: Il n'a pas vraiment fait la une de mon quotidien.

Dans tous les cas, est-il possible d'éviter que ne se reproduise ce genre de situation où un projet de loi modifiant une loi existante est présenté pour régler les difficultés d'une ou deux personnes seulement? C'est ma principale question. Cela se fait ailleurs, comme l'a dit le président, dans le secteur privé. Pourquoi n'est-il pas possible de le faire au gouvernement?

M. Saada: Sénateur, pourriez-vous répéter la question? Je n'ai pas pu l'entendre.

[Français]

Le sénateur Lynch-Staunton: Comment se fait-il qu'à chaque fois que se présente un cas spécial, on ne puisse pas le régler par le biais d'une loi existante et qu'il faille toujours revenir au Parlement pour modifier une loi existante afin de permettre que le cas soit réglé? De mémoire, c'est la troisième fois que l'on doit apporter une modification pour régler le cas d'une ou deux personnes en particulier. Dans l'entreprise privée, les cas d'exception peuvent se régler par le biais d'une politique existante. Toutefois, dans le cas présent, il ne semble pas exister d'articles à cet effet. Par conséquent, de nouveaux amendements doivent être apportés.

M. Saada: À l'époque, je n'avais pas ces responsabilités. Par conséquent, je dois me poser la question sur ce qui s'est produit.

Il me semble que le projet de loi qui a éliminé la commission d'étude sur les salaires et qui a ajusté l'ensemble de la rémunération des parlementaires en se basant sur le salaire des juges a fait l'objet d'un processus à la fois à la Chambre des communes et au Sénat.

[Traduction]

Le sénateur Lynch-Staunton: C'était la loi sur la rémunération. Est-ce ce dont vous voulez parler, la loi établissant la rémunération des parlementaires en fonction de celle des juges?

M. Saada: Oui.

Le sénateur Lynch-Staunton: Nous parlons ici de quelque chose de différent. Nous parlons des avantages sociaux.

[Français]

M. Saada: Sous réserve de pouvoir vérifier, on a certes dû suivre un processus à l'époque pour apporter les modifications, même s'il est resté quelques lacunes. Si à cette époque on n'a pas corrigé le problème, peu importe où il se situait et qui en était responsable, je crois que nous avons l'obligation aujourd'hui de corriger toute erreur, lacune ou injustice pouvant exister.

La question n'était pas celle d'un individu. Il s'agit d'une question qui a fait en sorte que nous avons pu déceler un problème dépassant largement le cadre d'un seul individu et qui

referring to the first part of the bill which concerns the accessibility of benefit plans for retired parliamentarians between 50 and 55 years of age.

I will let Mr. Wall answer the second part of the question.

[English]

Mr. Wall: The second part of this bill deals with the disability allowance for parliamentarians who are over 65 years old. The initiative for that measure, which was enacted in 2001 as part of the response to the Lumley commission, came from the Senate. In some ways, it is a similar response, because the idea of a disability allowance for parliamentarians over age 65, which was the recommendation of a Senate committee report, was also for a potentially small number of people. However, the principle was there. The principle was that a disability allowance is available for parliamentarians and public servants who are over age 65.

Because parliamentarians — honourable senators, for example — are required to work beyond age 65, the disability allowance that applies to them before 65 should, by a measure of fairness, apply to them after age 65.

To date, no honourable senator has had to take advantage of this provision and there has only been one person in the House of Commons who has. Nevertheless, the principle of fairness and equity that applies to the disability allowance is mirrored in the first part of the bill, which deals with the provision of plan benefits for retired parliamentarians who are eligible for a pension between the ages of 50 and 55.

Senator Keon: To a degree, Ms. Bougie has answered my concerns. However, I just could not understand why there seemed to be such urgency about getting this bill through, so I will ask something in a different context.

What damage will result if this bill does not pass now, and passes instead after the election?

Mr. Saada: There are two parts to the answer. The first part is, if we observe something that seems to us, in good conscience, unfair, do not we have the duty to try to do our utmost to correct it as quickly as possible? The second part is I would not like to speculate around this table about the date of an election. Constitutionally, an election could take place as late as the fall of 2005. We cannot act to repair an injustice on the basis of a potential decision on the date of an election.

This was not intended to be a political bill. I understand senators would like to debate it, and that, of course, is quite legitimate, but it is a bill that is aimed at correcting an injustice. That is the only objective in pursuing this.

pose une injustice pour tous ceux qui pourraient se trouver dans la même situation. Je fais référence à la première partie du projet de loi en ce qui a trait à l'accessibilité aux protections pour les personnes retraitées âgées entre 50 et 55 ans.

Pour la seconde partie de la question, j'aimerais céder la parole à M. Wall.

[Traduction]

M. Wall: La deuxième partie de ce projet de loi traite de l'allocation d'invalidité pour les parlementaires âgés de plus de 65 ans. L'initiative de cette mesure promulguée en 2001 dans le cadre de la réponse à la commission Lumley provenait du Sénat. À plusieurs égards, c'est une réponse similaire, vu que le concept d'allocation d'invalidité pour les parlementaires âgés de plus de 65 ans, qui était la recommandation d'un rapport de comité sénatorial, visait également un nombre relativement peu élevé de personnes. Toutefois, le principe était établi, indiquant qu'une allocation d'invalidité est possible pour les parlementaires et les fonctionnaires âgés de plus de 65 ans.

Étant donné que les parlementaires — les honorables sénateurs, par exemple — doivent travailler au-delà de l'âge de 65 ans, l'allocation d'invalidité qui s'applique à eux avant l'âge de 65 ans devrait, en toute justice, s'appliquer à eux après l'âge de 65 ans.

Jusqu'à présent, aucun sénateur n'a dû avoir à invoquer cette disposition, contrairement à une seule personne à la Chambre des communes. Néanmoins, le principe de justice et d'équité qui s'applique à l'allocation d'invalidité trouve son pendant dans la première partie du projet de loi, qui traite de la disposition relative aux avantages du régime pour les parlementaires à la retraite qui sont admissibles aux prestations de retraite entre 50 et 55 ans.

Le sénateur Keon: Dans une certaine mesure, Mme Bougie a répondu à mes questions. Toutefois, comme je ne peux tout simplement pas comprendre pourquoi il semble qu'il soit aussi urgent d'adopter ce projet de loi, je vais poser ma question sous un angle différent.

Quel tort serait causé si ce projet de loi n'était pas adopté maintenant, mais après les élections?

M. Saada: Il y a deux volets à la réponse. Premièrement, si nous nous rendons compte du fait que quelque chose nous semble, en toute bonne conscience, injuste, n'avons-nous pas le devoir d'essayer de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour y remédier le plus rapidement possible? Deuxièmement, je ne souhaite pas faire ici des suppositions au sujet de la date des élections. Constitutionnellement parlant, des élections pourraient avoir lieu à l'automne 2005 au plus tard. Nous ne pouvons attendre de remédier à une injustice en fonction d'une décision éventuelle quant à la date des élections.

Ce projet de loi ne devait pas être de nature politique. Je comprends que les sénateurs aimeraient en débattre et, bien sûr, c'est tout à fait légitime, mais il reste qu'il s'agit d'un projet de loi visant à corriger une injustice. C'est le seul objectif qui devrait nous pousser à agir.

Senator Keon: What inconvenience will be caused to the people affected by this bill if it is delayed for, let us say, even two years?

The Chairman: May I ask a supplementary question on that? It is really for officials rather than the minister.

If, in fact, this bill had never appeared at this point, is there a one-off solution that through the creativity of the people in the PCO — and having worked there myself, goodness knows, I know how very creative you can be — could have resolved the case of the one MP who was the original impetus for this bill? Is there a way you could do it in that single case, without legislation?

I think that is essentially the point that Senator Keon is getting at, but I want you to be precise on the one specific case.

Ms. Bougie: I understand your question and I go back to how these insurance plans are set up. The Treasury Board authorizes the setting-up of benefit plans for public servants and then they enter into contracts with insurance underwriters. There are very specific clauses on who can be covered, under what circumstances, how they will be paid and how this will be managed. Unfortunately, Treasury Board has the authority to enter into these contracts.

It would not be appropriate for the executive to determine Parliamentarians' compensation or benefits. Therefore, the legislation, the Parliament of Canada Act, was set up to provide that Parliamentarians would be the ones to legislate their own benefits.

Without this amendment to the Parliament of Canada Act, no one could possibly be covered for benefits between now and the possible date of the election, if this were deferred until after that election. Unfortunately, these underwriting contracts do not allow for one-off situations. They are very specific. If a person from Treasury Board is here, he or she can maybe provide more information on that.

The Chairman: Is the short answer to my question, no?

Ms. Bougie: Correct.

Senator Keon: I would like to hear the details of the damage that we will do to somebody if we do not approve this bill.

Mr. Saada: Senator, it is quite correct that the issue was triggered by one case. That is clear. I have no guarantee that it will apply to only one case. I have no clue. I hope it is only one case, because it is for medical coverage purposes. I hope no one else has to have recourse to that, but I cannot give you any guarantee. While we have only one known case, I do not know what will develop in the future.

The second thing is — and I am speaking here as a parliamentarian — I would feel very uncomfortable pushing back a timeline on a decision when I know that something is fundamentally wrong. We are dealing, of course, with a policy

Le sénateur Keon: Si on adoptait le projet de loi dans deux ans, par exemple, en quoi cela causerait-il du tort aux personnes visées?

Le président: Puis-je poser une question supplémentaire à ce sujet? Elle s'adresse véritablement aux hauts fonctionnaires plutôt qu'au ministre.

Si, en fait, ce projet de loi n'avait pas été présenté à ce moment-là, les responsables du BCP n'auraient-ils pas pu trouver une solution ponctuelle — ayant moi-même travaillé à ce bureau, je sais que l'on peut y faire preuve d'une grande créativité — ce qui aurait réglé le cas du député qui finalement a été l'élément déclencheur de ce projet de loi? Aurait-il été possible de régler ce cas unique, sans adopter de mesure législative?

Je pense que c'est essentiellement ce que veut savoir le sénateur Keon, mais j'aimerais que vous soyez précis au sujet de ce cas particulier.

Mme Bougie: Je comprends votre question et je vais revenir à la façon dont ces régimes d'assurance sont établis. Le Conseil du Trésor autorise l'établissement de régimes d'avantages pour les fonctionnaires qui font ensuite l'objet de contrats avec des assureurs. Certaines dispositions précisent très clairement qui peut être assuré, dans quel cas, comment le paiement va se faire et comment le tout va être géré. Malheureusement, c'est le Conseil du Trésor qui est habilité à conclure ces contrats.

Il ne serait pas opportun que l'administration détermine la rémunération ou les avantages des parlementaires. Par conséquent, la Loi sur le Parlement du Canada a été adoptée pour faire en sorte que les parlementaires soient ceux chargés de légiférer au sujet de leurs propres avantages.

Si l'on n'apportait pas cette modification à la Loi sur le Parlement du Canada et si l'on reportait le tout après les élections, personne ne pourrait bénéficier des avantages à partir de maintenant et jusqu'à la date des élections. Malheureusement, ces contrats d'assurance ne visent pas les situations uniques. Ils sont très précis. Si un représentant du Conseil du Trésor est présent ici, il pourrait peut-être fournir plus d'informations à ce sujet.

Le président: La réponse courte à ma question est donc non?

Mme Bougie: C'est exact.

Le sénateur Keon: J'aimerais connaître les détails du tort que la non-adoption de ce projet de loi causerait à un particulier.

M. Saada: Sénateur, il est tout à fait exact que la question a été déclenchée par un cas particulier; cela ne fait aucun doute. Rien ne me garantit que le projet de loi ne s'appliquera qu'à un seul cas; je ne peux pas le savoir. J'espère qu'il s'agit d'un seul cas, puisque c'est à des fins d'assurance médicale, et j'espère aussi que personne d'autre ne devra y avoir recours, mais je ne peux pas vous le garantir. Même si nous n'avons qu'un seul cas connu, je ne sais pas ce que nous réserve l'avenir.

Par ailleurs — et je parle ici en ma qualité de parlementaire — je me sentirais très mal à l'aise s'il fallait reporter une décision, alors que je sais qu'il s'agit de quelque chose de tout à fait malencontreux. Il s'agit bien sûr d'une question de principe qui a

matter, and therefore it has a lot of impact. However, we are dealing here with one individual, and potentially others, who may not be able to sleep because they simply do not know what will happen to them the day after an election is called. When we know that we have allowed a flaw to get into a policy that we adopted a few years ago, do we have the right to delay the adoption of this correction?

Senator Keon: That is pretty good answer.

Senator Trenholme Counsell: Were there any considerations prior to this to being a kind of trailblazer on this issue? In other words, whether for the greater good or to send a stronger message, was this proposed legislation thought of in a broader context? I know we are talking about one individual, but before you answer, I just want to say that through the years, and including recently, I have known of people who, for one reason or another, ceased their employment at, let us say, 50. Perhaps, after that, there was only term employment, or contract employment or a period without employment, and often, the most painful thing for those people is the lack of benefits.

I do know of two cases where people have actually gone to court to try to establish their rights to benefits. I do not know whether this is the Government of Canada showing how a compassionate society can function, and whether you have thought of this in a broader context than, obviously, the one case that sparked it, which is usually what sparks good things in life and in society. Perhaps that is the question.

Mr. Saada: I must say that I have no grounds to believe that anyone who has discussed this matter, whether at the Board of Internal Economy or whether we are talking about leaders, whatever their political party, has not had the same thoughts at some point. It is not a matter of philosophy but a matter of a fundamental belief in justice, and I believe that two wrongs do not make a right. If some people do not have access to these benefits, to this level of protection and security, they should aspire to it, but we should not prevent others from having it when it would be normal for them to do so. In other words, let us try to draw up those who do not have it to an acceptable level for everyone, and not bring it down to the lowest possible common denominator.

I think you are quite right. However, I cannot make a distinction between personal concern for this person and the principle that you are espousing, senator. It is the same thing.

We are supposed to care.

Senator Trenholme Counsell: If we look back on the evolution of so many provisions that are compassionate or caring in nature, there is often one case that motivates legislation or moves society forward and upward.

Senator LeBreton: I have a big problem with this. First, someone said it was made public. Could you define "public?" Was it tabled in the House of Commons? Is that what you deem to be

donc beaucoup d'impact. Toutefois, nous parlons ici d'une personne et potentiellement de plusieurs, qui risquent de perdre le sommeil puisqu'elles ne savent tout simplement pas ce qui va leur arriver le lendemain du déclenchement des élections. Lorsque nous savons qu'une politique que nous avons adoptée il y a plusieurs années comporte une lacune, avons-nous le droit de retarder l'adoption d'une rectification?

Le sénateur Keon: C'est une très bonne réponse.

Le sénateur Trenholme Counsell: A-t-on jamais pensé avant cela qu'il s'agissait d'une façon novatrice de régler la question? En d'autres termes, qu'il s'agisse de l'intérêt commun ou d'un message plus fort à transmettre, ce projet de loi a-t-il été envisagé dans un contexte plus vaste? Je sais que nous parlons d'une personne en particulier, mais avant que vous ne répondiez, je veux simplement dire qu'au fil des années et même tout récemment, j'ai connu des gens qui, pour une raison ou une autre, ont perdu leur emploi à l'âge de 50 ans, par exemple. Ils ont peut-être eu par la suite un emploi à durée déterminée, ou à contrat, ou connu une période de chômage et souvent, le plus pénible pour eux, c'est de ne pas avoir d'avantages sociaux.

Je connais en fait le cas de deux personnes qui ont demandé aux tribunaux d'établir leurs droits aux avantages sociaux. Je ne sais pas si c'est ainsi que le gouvernement du Canada témoigne de la façon dont la solidarité sociale peut fonctionner et si vous avez envisagé la question dans un contexte plus vaste sans, bien évidemment, vous en tenir au cas particulier à l'origine de cette affaire; c'est habituellement ainsi que les choses changent de manière positive dans la société. Peut-être est-ce la question à poser.

M. Saada: Je dois dire que rien ne me pousse à croire que quiconque qui a débattu de la question, que ce soit au Bureau de régie interne ou entre chefs de partis — quel que soit le parti politique — n'a pas pensé de la même façon à un moment donné. Ce n'est pas une question de philosophie, mais une question de croyance fondamentale en la justice et je crois qu'on ne peut pas guérir le mal par le mal. Si certaines personnes n'ont pas accès à ces avantages, à ce niveau de protection et de sécurité, elles devraient y aspirer, mais nous ne devrions pas empêcher à d'autres d'en bénéficier alors qu'elles devraient normalement y avoir accès. En d'autres termes, essayons d'amener ceux qui n'y ont pas accès à un niveau acceptable pour tous au lieu de nous en tenir au plus petit dénominateur commun possible.

Je crois que vous avez tout à fait raison. Toutefois, je ne peux pas faire de distinction entre la sollicitude que l'on peut éprouver pour cette personne et le principe que vous embrassez, sénateur; c'est pour moi la même chose.

Nous sommes censés être solidaires.

Le sénateur Trenholme Counsell: Il suffit d'examiner l'évolution de nombreuses dispositions qui sont de nature compatissante ou solidaire pour s'apercevoir que souvent, c'est un seul cas qui déclenche une loi ou qui fait progresser la société.

Le sénateur LeBreton: J'ai un problème. Tout d'abord, quelqu'un a dit qu'il avait été rendu public. Pouvez-vous définir «public»? A-t-il été déposé à la Chambre des communes? Est-ce

public? Bills are tabled every day. That is hardly what most Canadians would deem to be a public announcement. I am troubled, although I can see the arguments. I know that one specific case triggered this. Right now, unless I am sadly mistaken, members of Parliament and senators have access to long-term disability benefits if, for some reason or other, they become disabled while they hold their positions. Is that correct?

Ms. Bougie: Yes, but only while they are employed. If they become disabled after age 50, for example, and they are not yet eligible for a pension, there is no coverage during that time.

Senator LeBreton: You made my point. This particular individual knew there was a disability and this was all done in private at the Internal Economy Committee. Why, then, did that particular individual not access the existing disability provisions, and if this were likely to become an injustice for other people in the next few years, why not table the bill properly and explain it to the public? I am sure the public would understand if it were properly explained. Why did this individual not put this through the normal processes of examination in the House of Commons? Of course, we are doing this in the Senate. I do not understand why that one particular member of Parliament could not have been accommodated through the existing programs, because we know that this is the problem. This is not something that will happen, but has happened, to this particular individual.

This is an age of high levels of public cynicism about politicians and public institutions. Given the way in which this has been handled, I think the public would be quite correct in thinking that there must be something wrong with it, because it was sneaked through at the end of the day. I would like you to find out, or perhaps you know, whether the House of Commons explored the existing disability provisions for this one particular MP. Then, if there is not an election, we could have a more thorough, open, public airing of this issue.

Mr. Saada: Senator, if I may be very direct, I am a little puzzled by the allusion to the fact that this process was not normal in the House of Commons. If the House of Commons decided to use this process, it was its prerogative to do so, in the same way it is the prerogative of the Senate to do it differently. That is the complementarity of both Houses. There was nothing abnormal about the process. It is quite normal for the House of Commons to decide, by unanimous consent — a democratic expression — to fast-track an existing process. It is quite okay for the House of Commons to decide to act that way, just as the Senate has authority to either fast-track the process or to take another route. I have heard that before, from Senator Lynch-Staunton, and with all due respect, I would not like to let the impression stand that the House of Commons has pushed this bill

bien ce que vous jugez être public? Des projets de loi sont déposés tous les jours. Je ne pense pas que la plupart des Canadiens considèrent que ce soit l'équivalent d'une annonce publique. Cela me dérange, même si je peux comprendre les arguments. Je sais qu'un cas particulier a déclenché ce projet de loi. À l'heure actuelle, sauf hélas erreur de ma part, les députés et les sénateurs ont accès à des prestations d'invalidité de longue durée si, pour une raison ou une autre, ils deviennent invalides pendant la durée de leur mandat, n'est-ce pas?

Mme Bougie: Oui, mais seulement dans ce cas. S'ils deviennent invalides après l'âge de 50 ans, par exemple, et qu'ils ne sont pas encore admissibles aux prestations de retraite, ils ne bénéficient d'aucune couverture.

Le sénateur LeBreton: C'est exactement ce que je voulais dire. Cette personne en particulier savait qu'il s'agissait d'une invalidité et tout cela s'est fait en privé au Comité de la régie interne. Pourquoi, alors, cette personne n'a-t-elle pas pu bénéficier des dispositions existantes en matière d'invalidité et si une telle injustice pouvait être commise à l'endroit d'autres personnes au cours des prochaines années, pourquoi ne pas présenter le projet de loi correctement et l'expliquer au public? Je suis sûre que le public le comprendrait s'il était bien expliqué. Pourquoi cette personne n'a-t-elle pas soumis l'affaire au processus d'examen habituel de la Chambre des communes? Bien sûr, c'est ce que nous faisons au Sénat. Je ne comprends pas pourquoi ce député en particulier n'aurait pas pu bénéficier des programmes existants, car nous savons que c'est là que se trouve le problème. Ce n'est pas quelque chose qui va arriver, mais c'est quelque chose qui est déjà arrivée à cette personne en particulier.

Nous vivons une époque où le public fait preuve de beaucoup de cynisme à l'égard des politiciens et des institutions publiques. Compte tenu de la façon dont cette affaire a été traitée, je crois que le public aurait tout à fait raison de croire qu'il y a quelque chose qui cloche, puisque cela s'est fait furtivement. J'aimerais savoir — ou peut-être le savez-vous — si la Chambre des communes s'est demandée si les dispositions existantes en matière d'invalidité pouvaient s'appliquer à ce député en particulier. Puis, si les élections ne sont pas déclenchées, nous pourrions procéder à un examen plus approfondi, ouvert et public de la question.

M. Saada: Sénateur, si je puis me permettre d'être très direct, je dirais que l'allusion au fait que la procédure normale n'aurait pas été suivie à la Chambre des communes me laisse un peu perplexe. Si la Chambre des communes a décidé de recourir à cette procédure, c'est parce qu'elle en avait la prerogative, de la même façon que le Sénat a la prerogative d'agir différemment. C'est une question de complémentarité entre les deux Chambres. Cette procédure n'avait rien d'anormal. Il est tout à fait normal que la Chambre des communes choisisse, par consentement unanime — une expression démocratique —, d'accélérer le processus en place. Il est tout à fait acceptable que la Chambre des communes décide de procéder ainsi, tout comme le Sénat a le pouvoir d'activer le processus ou d'emprunter une autre voie. J'ai déjà entendu cela, du sénateur Lynch-Staunton, et sauf votre respect, je ne voudrais

through the back door, because that is not what happened. It is simply not a fact.

Senator LeBreton: Pardon me for interrupting, minister, but do you not think it would have been more prudent, if this were such an honourable piece of proposed legislation, to have been more upfront, even if there were unanimous consent of all parties to fast-track it? There is fast-tracking and then there is fast-tracking. At the least, even with consensus among all parties, you have to have some kind of public explanation. You have to admit that if you were a member of the public watching this, you would automatically be suspicious, when this passed the House of Commons in the wink of an eye, that M.P.s were trying to hide something.

I go back to my question about this particular individual. If one M.P. has precipitated this, why was an accommodation for that M.P. not made through the existing programs? This particular pension policy issue could have been fixed in the fullness of time and after more reasoned debate in both Houses. I can guarantee, as sure as my name is Marjory, that the whole thing will be misrepresented to the public. Then, all parliamentarians will be quite rightly chastised for not being up front with the public, which they deserve.

Senator Cordy: My comments are similar. I think that it is a good bill and I agree with Senator Trenholme Counsell that it is often just one case that results in change. You did a good job when you spoke to why the changes are needed, minister, and it is not a difficult case to argue. Parliamentarians should have the same rights to benefits as civil servants who retire early. Having said that, I think that for those involved in Parliament, particularly, perception is a big issue. When I read about this bill in the newspaper, it was basically in terms of what Senator LeBreton has said — there must be something wrong with it. There is nothing wrong, but that is the perception of the Canadian public. I read the underlying newspaper message as: Of course parliamentarians pushed it through. The sad part is, there is nothing wrong with the bill. However, the public perceives that the bill was pushed through. You explained that it was by unanimous consent, and that is good, but we have to always be aware of public perception. In this case, it is most unfortunate, because the bill is an effort to right a wrong.

Mr. Saada: I will make one short statement and pass it on to Ms. Bougie to give you further details. When the bill was tabled and subsequently passed, one journalist showed interest in it. We took the time to explain at great length what we were doing.

The newspaper story did not present it in the way that I had hoped, but that is the media — freedom of expression. That could create bad feeling about this bill and I understand and accept the

pas qu'on ait l'impression que la Chambre des communes a adopté ce projet de loi en catimini car il n'en est rien. Ce n'est pas ainsi que cela s'est passé.

Le sénateur LeBreton: Pardonnez-moi de vous interrompre, monsieur le ministre, mais ne pensez-vous pas qu'il aurait été plus prudent, si la mesure proposée était si honorable, de faire preuve d'une plus grande franchise, même si tous les partis avaient donné leur consentement unanime pour accélérer le processus? Il y a différentes façons de le faire. Même avec le consentement unanime de tous les partis, la moindre des choses, c'est de donner des explications au public. Vous devez admettre que si vous étiez un membre de l'auditoire observant la scène, vous auriez automatiquement trouvé suspect que la Chambre des communes adopte ce projet de loi en un clin d'oeil; vous auriez pensé que les députés essayaient de cacher quelque chose.

J'aimerais revenir à ma question au sujet de cette personne en particulier. Si cela pressait tellement, pourquoi n'a-t-on pas trouvé un arrangement pour ce député au moyen du régime existant? Ce problème, qui est lié à la politique relative aux pensions, aurait pu être réglé le moment venu et après un débat plus éclairé aux deux Chambres. Il est certain, tout aussi certain que je m'appelle Marjory, que toute cette question sera mal comprise par le public. Et puis, tous les parlementaires seront, à juste titre, rappelés à l'ordre pour ne pas avoir été francs avec le public, et ils l'auront mérité.

Le sénateur Cordy: Je dirais la même chose. Je pense que c'est un bon projet de loi et je suis d'accord avec le sénateur Trenholme Counsell pour dire qu'il suffit souvent d'un cas pour changer les choses. Vous avez fait du bon travail lorsque vous avez expliqué pourquoi ces changements étaient nécessaires, monsieur le ministre, et ce n'est pas difficile à défendre. Les parlementaires devraient avoir les mêmes droits aux prestations que les fonctionnaires qui prennent une retraite anticipée. Ceci dit, tous ceux qui sont au Parlement sont très sensibles à la perception que les gens ont d'eux. Lorsque je lis des articles sur ce projet de loi dans les journaux, il en ressort essentiellement ce que disait le sénateur LeBreton — il y a certainement quelque chose qui ne tourne pas rond. Ce n'est pourtant pas le cas, mais c'est le sentiment du public canadien. Le message sous-jacent qu'on peut lire est que les parlementaires se sont empressés d'adopter ce projet de loi. C'est triste parce qu'on ne peut rien lui reprocher. Il n'en demeure pas moins que le public a l'impression que cette mesure législative a été adoptée en toute hâte. Vous avez expliqué que c'était par suite d'un consentement unanime, et c'est bien, mais nous devons toujours être sensibles à la perception du public. Dans ce cas, c'est très malheureux car le projet de loi vise à corriger un tort.

M. Saada: J'aimerais faire un bref commentaire avant de céder la parole à Mme Bougie qui vous donnera de plus amples détails sur la question. Lorsque le projet de loi a été déposé puis adopté, un journaliste s'est intéressé à l'affaire. Nous avons pris le temps de lui expliquer longuement ce que nous faisons.

Les journaux n'ont pas rapporté les faits comme je l'aurais souhaité, mais les médias sont ainsi — liberté d'expression. Je comprends et j'accepte l'argument selon lequel ce projet de loi a

argument. However, at the same time, I did not want to take a chance on this person, or any other person in the same situation, not having access to this benefit, to which she should be entitled, on the sole basis of perception.

I did not mind taking the risk of having to explain to the people in order to make sure that this person, or anybody else in her situation, did not suffer unduly. However, I take the point.

The Chairman: Could I ask your officials to answer a very direct question, because I did not quite understand their answer to Senator LeBreton's question? Why could this case not be covered under the long-term disability program? It is a technical question and that is why I am asking the officials.

Ms. Bougie: It is a good thing our colleague from Treasury Board is here because she just reminded me of a very important detail on how long-term disability works.

The Chairman: That is one of the very few times I have ever heard someone from PCO say it is a good thing to have somebody from Treasury Board around.

Ms. Bougie: This person would have to qualify for LTD prior to leaving the House. If she did, she could receive benefits under the LTD program until age 65. However, coverage for health care, life insurance or dental care is tied to your employment status. Therefore, if she was not elected after the House rose and she was not presenting herself as a candidate or anything, she would continue on LTD, but since she did not have a tie in terms of employment as a sitting member, nor through being in receipt of a pension under the MPRAA, then she would not have any benefit coverage under life insurance, health care or dental plans.

Senator Lynch-Staunton: It is not quite accurate to say that through this bill, we are putting parliamentarians on the same basis as civil servants, because civil servants have to be receiving a pension before getting the benefits, reduced though it may be. They are allowed to take reduced pensions but we are not. It is not an answer to make it comparable, to amend the law to allow parliamentarians to take a reduced pension? There is nothing wrong with that. You contribute, and if you want to take it earlier, you take a lower pension, and if you want to wait for the maximum, then you take a higher pension. This age-55 issue is a reaction to a situation that was highly exaggerated, considering the overgenerous provisions of certain pension plans for certain parliamentarians. I am afraid we have gone too far in the other direction. Civil servants can retire earlier than age 65, with a reduced pension, and the benefits continue. Why can parliamentarians not be put on the same basis? It is a political question, Mr. Saada, so I am addressing it to you.

pu créer un malaise. Toutefois, en même temps, je ne voudrais pas que cette personne, ni qui que ce soit d'autre dans la même situation, ne puisse pas bénéficier des prestations auxquelles elle a droit, simplement à cause du qu'en dira-t-on.

Ça m'est égal de prendre le risque de devoir expliquer les choses aux gens, pourvu que cette personne et toutes celles qui sont dans sa situation ne souffrent pas indûment. Toutefois, je prends bonne note de vos remarques.

Le président: Puis-je demander à vos fonctionnaires de répondre à une question très directe car je n'ai pas très bien compris leur réponse au sénateur LeBreton? Pourquoi cette personne n'aurait-elle pu être couverte en vertu du régime de prestations d'invalidité de longue durée? Je m'adresse aux fonctionnaires car c'est une question technique.

Mme Bougie: C'est une bonne chose que notre collègue du Conseil du Trésor soit ici car elle vient juste de me rappeler un détail très important sur le fonctionnement du régime de prestations d'invalidité de longue durée.

Le président: Il est très rare que j'entende quelqu'un du bureau du Conseil privé se réjouir de la présence d'un représentant du Conseil du Trésor.

Mme Bougie: Cette personne aurait dû satisfaire aux critères d'admissibilité au régime d'assurance-invalidité de longue durée avant de quitter la Chambre, auquel cas elle aurait pu recevoir des prestations au titre de ce régime jusqu'à l'âge de 65 ans. Cependant, la couverture pour soins médicaux ou dentaires et l'assurance-vie dépendent des états de service de chacun. Par conséquent, si cet individu n'a pas été élu après l'ajournement de la Chambre et qu'il ne s'est pas représenté, il a continué de bénéficier du régime de prestations d'invalidité de longue durée, mais étant donné qu'il ne siégeait pas comme député et qu'il ne recevait pas non plus une pension en vertu de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires, il n'avait pas d'assurance-vie et ne bénéficiait d'aucune couverture pour soins médicaux ou dentaires.

Le sénateur Lynch-Staunton: Il n'est pas tout à fait juste de prétendre qu'avec cette loi, nous traitons les parlementaires comme les fonctionnaires, car ces derniers doivent recevoir une pension, si réduite soit-elle, avant d'obtenir des prestations. Contrairement à nous, ils ont la possibilité d'accepter des pensions réduites. La solution ne serait-elle pas d'amender la loi pour permettre aussi aux parlementaires de recevoir une pension réduite? Il n'y a rien de mal à cela. Vous cotisez, et si vous voulez en profiter plus tôt, vous touchez une pension moindre, mais si vous voulez attendre pour obtenir le maximum, vous aurez une pension plus élevée. La question entourant l'âge de 55 ans est une réaction à une situation fortement exagérée, fondée sur les conditions extrêmement généreuses de certains régimes de retraite dont bénéficient quelques parlementaires. Je crains que nous ne soyons allés trop loin dans la direction contraire. Les fonctionnaires peuvent prendre leur retraite avant l'âge de 65 ans, avec une pension réduite, et les prestations continuent de s'appliquer. Pourquoi ne pourrait-on pas traiter les parlementaires de la même façon? C'est une question de politique, monsieur Saada, c'est donc à vous que je m'adresse.

Mr. Saada: Yes, I understood that.

Senator Lynch-Staunton: It is my last one.

Mr. Saada: I do not know the answer as to whether they should or should not. I do not know the implications of what you are suggesting. Is it something that we should be thinking about and deciding whether it is a good thing? I have no problems with listening to the suggestion. If you are asking me if I am in favour of it, you will understand I have some reservations without knowing the facts, but I think it is a legitimate question.

Senator Lynch-Staunton: I leave it on the table then.

The Chairman: Mr. Saada, I thank you and your officials for taking the time to be with us this morning. Our next witnesses are Marilyn Smith-Grant and Sean Reid, from Cognos. Let me be clear. We did not ask the human resource people from Cognos to come because we expect them to comment on the specifics of the proposed legislation. That is not within their knowledge. I am glad they were in the room for at least part of the discussion with the minister. Some of us felt it would be useful to put on the record how this kind of case, where you have a one-off problem, would have been handled in the private sector. Would it have been dealt with as a one-off case, or would you have felt it necessary, as this bill proposes, to make a policy change that affects everybody?

Our intent, therefore, is not to ask the witnesses detailed questions about the bill. It is to talk about how this kind of issue would have been handled in the private sector.

Having said that, I thank the two of you for coming on very short notice. We appreciate you being here. I understand that Ms. Smith-Grant will begin with a brief presentation and then we will ask you some questions.

Ms. Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist, Cognos: Thank you, honourable senators, for inviting me to be here and giving me this opportunity. I will start off by reviewing the presentation outline of which I believe each of you has a copy. I will start by talking about, in a broad sense, what Cognos does, who we are, and then, of course, our benefits program. I will focus on the medical, the dental and employee assistance plans, life insurance, and then I will give a quick overview of our funding arrangements and some other benefits that really set us apart.

First of all, who is Cognos? We are a software technology company, as you may be aware. We have 3,000 employees worldwide. However, the benefits that I will be speaking about are really for the 1,300 employees in Canada. They are mainly professional employees, such as engineers, QC analysts, marketing/sales, administration and human resources people,

M. Saada: Oui, j'ai bien compris.

Le sénateur Lynch-Staunton: C'est ma dernière.

M. Saada: Je ne saurais vous le dire. Je ne connais pas les implications de ce que vous proposez. Est-ce une question à laquelle nous devrions réfléchir pour déterminer si ce serait une bonne solution? Je suis disposé à vous écouter. Si vous me demandez si je suis en faveur d'une telle mesure, vous comprendrez que je peux avoir des réserves, surtout si je ne connais pas les tenants et les aboutissants, mais je crois que c'est une question légitime.

Le sénateur Lynch-Staunton: Je laisse donc cette question sur la table.

Le président: Monsieur Saada, je vous remercie, vous et vos fonctionnaires, d'avoir pris le temps de comparaître devant nous ce matin. Nos prochains témoins sont Marilyn Smith-Grant et Sean Reid, de Cognos. Que ce soit clair: nous n'avons pas demandé aux représentants des ressources humaines de Cognos de venir commenter les détails du projet de loi proposé. Cela n'entre pas dans leurs compétences. Je suis content qu'ils aient assisté à une partie de la discussion avec le ministre. Certains d'entre nous ont estimé qu'il serait utile, pour les besoins du compte-rendu, de savoir comment ce type de problème, touchant un cas isolé, aurait été traité dans le secteur privé. S'en serait-on occupé comme d'un cas unique ou aurait-on jugé nécessaire, comme le propose ce projet de loi, de faire une modification dans la politique qui affecterait tout le monde?

Par conséquent, notre but n'est pas de poser des questions détaillées aux témoins au sujet du projet de loi. Nous les avons fait venir pour leur demander comment ce type de problème aurait été géré dans le secteur privé.

Ceci dit, je vous remercie à tous les deux de vous être libérés pour venir témoigner malgré le très court préavis. Nous sommes heureux de votre présence. Je crois comprendre que Mme Smith-Grant commencera son intervention par un bref exposé, à la suite de quoi nous lui poserons quelques questions.

Mme Marilyn Smith-Grant, spécialiste principale en ressources humaines, Cognos: Je vous remercie, honorables sénateurs, pour votre invitation et pour m'avoir donné l'occasion de m'exprimer devant vous aujourd'hui. Je commencerai par passer en revue le document que je vous ai apporté et dont vous avez tous obtenu un exemplaire. Permettez-moi d'abord de vous dire dans les grandes lignes qui est Cognos et ce que nous faisons. Ensuite, bien sûr, je vous parlerai de notre régime d'avantages sociaux. Je me concentrerai plus particulièrement sur les régimes d'assurance-maladie et de soins dentaires ainsi que sur l'aide aux employés et l'assurance-vie, puis je vous donnerai un rapide aperçu de nos arrangements financiers et d'autres avantages sociaux que nous offrons et qui font véritablement de nous une société à part.

Pour commencer, qui est Cognos? Comme vous le savez peut-être, nous sommes une société de technologie logicielle. Nous comptons 3 000 employés dans le monde. Toutefois, les avantages que je vais vous décrire ne s'appliquent qu'aux 1 300 personnes travaillant au Canada. Ce sont essentiellement des professionnels: ingénieurs, analystes qualitatifs, agents des

and the average age is 36, to give you some idea of our population base. We are involved in every industry sector, including government, health care, automotive, manufacturing, banking, energy and natural resources, so we operate on a broad spectrum in terms of the services and products that we offer.

I want to spend a brief moment on the culture of our company. It is very important for you to understand that, because what we do from a benefits perspective really supports our culture. The reverse is also true. Our culture really supports our benefits.

I will share a message with you that Rob Ashe, our incoming CEO — you may have heard that Ron Zambonini, the current CEO, is stepping down — gave about Ron and our culture that really sums it up. He said:

I believe Ron's greatest achievement was the creation and nurturing of our culture as a company; a unique culture of excellence, of great products, of humility, of ownership, of action; a culture of appreciation and respect for people; a culture of unyielding commitment to customer; a culture of competition and fun; a culture of honesty and authenticity — in short, the Cognos culture.

I am proud to state that that — because I have been there a long time — is truly what Cognos demonstrates.

In moving on to the benefits plan, I will try to keep it at a high level. Our medical plan is fully funded by Cognos, so premiums are 100-per-cent paid. The annual premium for our medical benefits is approximately \$1.5 million per year. The employee pays an annual deductible of \$25 or \$50, depending on whether they are single or married, with \$50 being the family deductible.

Our drug plan pays 90 per cent of the cost of drugs. Our drug utilization is actually low at Cognos. It is at approximately 45 per cent. The average drug utilization is closer to 75 per cent in most plans, just to give you a flavour.

We are looking at introducing a drug card. Employees have been asking us to introduce a card for a long time. Basically, it will allow employees the convenience of going to a pharmacy and paying \$2 or \$3 and not be out of pocket.

That initiative is in the early stages of costing. It will be well received.

ventes et du marketing, de l'administration et des ressources humaines. Cela vous donne une idée de la composition de notre personnel. Nous travaillons pour chaque secteur de l'économie, dont le gouvernement, la santé, les secteurs automobile, manufacturier et bancaire, sans oublier les secteurs de l'énergie et des ressources naturelles; nous offrons donc une gamme étendue de services et de produits.

J'aimerais m'attarder un instant sur notre culture d'entreprise. Il est très important que vous compreniez cet élément, car ce que nous offrons, en termes d'avantages sociaux, sert véritablement de base à notre culture. L'inverse est aussi vrai. Notre culture soutient notre politique en matière d'avantages sociaux.

Permettez-moi de vous faire part d'un message de Rob Ashe, notre prochain PDG — car vous savez probablement que Ron Zambonini, le PDG actuel, va nous quitter. Il a dit ceci à propos de Ron et de notre culture d'entreprise, et je vous le cite car cela résume très bien la situation:

Je crois que la plus grande réalisation de Ron a été de créer et d'enrichir notre culture d'entreprise; une culture unique d'excellence, axée sur des produits de qualité; une culture d'humilité, d'appartenance, d'action; une culture de reconnaissance et de respect de l'autre; une culture d'engagement indéfectible à l'égard des clients; une culture fondée sur l'esprit de compétition et le plaisir; une culture d'honnêteté et d'authenticité — bref, la culture Cognos.

Je suis fier de vous dire — parce que cela fait longtemps que je travaille dans cette société — que c'est véritablement ce qui caractérise Cognos.

Maintenant, pour ce qui est du régime d'avantages sociaux, le but est de le maintenir à un niveau supérieur. Notre régime d'assurance-maladie est totalement financé par Cognos; nous payons 100 p. 100. des cotisations. Le montant de la cotisation annuelle au titre du régime de prestations d'assurance-maladie représente environ 1,5 million de dollars par année. L'employé paie une franchise annuelle de 25 ou 50 \$, selon qu'il est seul ou qu'il a des personnes à charge, 50 \$ étant la franchise pour une famille.

Notre plan d'assurance-médicaments prévoit le remboursement de 90 p. 100 du prix des médicaments. À ce titre, je tiens à signaler que les demandes de remboursement concernant les médicaments sont peu élevées chez Cognos. Elles tournent autour de 45 p. 100. Pour vous donner un point de comparaison, sachez que normalement, dans la plupart des régimes, ce taux est plus proche des 75 p. 100.

En outre, nous envisageons d'instaurer une carte-médicaments car cela fait longtemps que nos employés nous le demandent. Cette carte leur permettrait essentiellement de ne payer que quelques dollars pour les médicaments à la pharmacie, et non le plein montant.

On est pour l'instant en train d'évaluer quel serait le coût d'une telle initiative; mais elle sera bien accueillie.

We cover other medical services and equipment. I will save that for the question and answer period, if you are interested in knowing the details.

Our out-of-Canada emergency medical coverage is the best medical benefits offering at Cognos. I hear over and over again that it is invaluable. Whether employees are travelling with their families for pleasure or alone on business, Cognos provides for emergency medical treatment of up to \$1 million per incident anywhere in the world. It is emergency care that we would pay for — acute illness or injury.

We have paramedical coverage as well. We pay 90 per cent of the cost of things such as massage therapy, speech therapy, chiropractor treatment and physiotherapy. We cap that at \$500 a year. That is highly utilized.

We offer a \$200 vision-care benefit every two years for adults and every year for children. The \$200 can be put against laser eye surgery.

We hear a little rumbling that that coverage is not high enough. It is not a high priority for us because it is not a benefit that needs to be higher. Our competition provides the same level of benefits. It is not really a hot issue.

Hospitalization costs are paid at 100 per cent for semi-private accommodation and 90 per cent for private hospitalization. We also provide counselling at the rate of 50 per cent for 12 visits.

I want to make a key point regarding our dental plan, because it is best practice at Cognos. That is, coverage is on the current fee guide. Many companies lag a year or two behind because they want to contain costs. Cognos reimburses on current costs, which is a best offering.

We also reimburse orthodontic costs at 60 per cent, which is higher than the norm. The norm is 50 per cent. We also give employees the option to buy additional dental coverage, up from 60 per cent to 80 per cent, for major expenses. We also allow them to increase their orthodontic coverage for their children or themselves, up to 80 per cent, with a lifetime cap of from \$3,000 to \$5,000.

We are a relatively young population with young children and the benefits are well received. It suits the culture, which is that we want to take care of our people.

I want to spend a couple of minutes on the employee assistance program. I cannot stress the importance of this one enough. We only launched it last May.

Nous offrons également une couverture pour d'autres services et équipements médicaux. Je garderai cela pour la période de questions, au cas où vous seriez intéressés à en apprendre davantage.

Notre couverture médicale d'urgence à l'étranger est le meilleur régime de prestations qu'offre Cognos. Je ne cesse d'entendre les gens vanter ses mérites. Que les employés voyagent à l'étranger avec leur famille pour le plaisir ou seuls pour affaires, Cognos leur garantit une assurance médicale d'urgence pouvant aller jusqu'à 1 million de dollars partout dans le monde. Nous couvrons donc les soins d'urgence — maladie ou blessure grave.

Nous offrons également une couverture pour les soins paramédicaux. Nous remboursons 90 p. 100 des coûts de divers traitements, comme la massothérapie, l'orthophonie, la chiropractie et la physiothérapie, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année. Cette couverture est très utilisée.

Pour les soins de la vue, nous offrons une indemnité de 200 \$ tous les deux ans pour les adultes et chaque année pour les enfants. Cette somme peut être appliquée à une chirurgie au laser.

Certains disent que cette couverture n'est pas suffisante. Nous n'en faisons pas une priorité puisqu'il n'est pas nécessaire que cette indemnité soit supérieure. Nos compétiteurs offrent le même niveau de couverture. Cette question n'est donc pas vraiment importante.

Les coûts d'hospitalisation sont remboursés en totalité pour une chambre semi-privée et à 90 p. 100 pour une chambre privée. Les services de counselling sont aussi remboursés à 50 p. 100 jusqu'à concurrence de 12 visites.

J'aimerais attirer votre attention sur notre régime de soins dentaires, qui est exemplaire. En effet, Cognos utilise le guide des tarifs courants. Bon nombre d'entreprises sont en retard d'un an ou deux parce qu'elles veulent contenir les coûts. Cognos rembourse les coûts des soins dentaires en fonction des tarifs courants, ce qui est très avantageux.

Nous remboursons également les coûts des traitements orthodontiques dans une proportion de 60 p. 100, tandis que la norme est de 50 p. 100. En outre, nous offrons aux employés la possibilité d'acheter une couverture additionnelle pour un remboursement de 80 p. 100 des coûts des soins dentaires plus importants. Ils peuvent aussi augmenter jusqu'à 80 p. 100 la couverture des traitements orthodontiques reçus par leurs enfants ou par eux-mêmes, la limite à vie passant alors de 3 000 \$ à 5 000 \$

Nos employés sont relativement jeunes et ont de jeunes enfants, et ces prestations sont les bienvenues. Elles correspondent à notre culture, qui consiste à prendre soin des gens.

J'aimerais prendre quelques minutes pour vous parler du programme d'aide aux employés. Je ne peux trop insister sur l'importance de ce programme, que nous avons lancé en mai dernier seulement.

It is a program for employees and their families that offers professional counselling for a wide variety of stress-related issues due to family, work or other things that may affect their lives negatively. It has been incredibly well received. I have been getting testimonials from employees that say that the EAP has made a difference in their lives. They are back at work, functioning and not on disability, because of this EAP counselling program.

Family Services of Ottawa is our provider, and they have done an excellent job. It took a while for senior management to buy into this benefit because years ago, there was a stigma attached to providing a counselling-type benefit. It took education and some time. I am pleased to say that now we have it.

Our basic life insurance is fully paid by Cognos. The benefit is two times your annual income, to a maximum of \$1 million. The benefit is reduced by 50 per cent at age 65, and further reduced to \$25,000 when an employee reaches age 70. The benefit then terminates at age 75 or on retirement, whichever is earlier. Most people are no longer in the program by then.

I am pleased to say, though, that we have negotiated an increased benefit for a senior employee who is still working at age 70. The contract said \$25,000 only, but I have negotiated a benefit of \$75,000 with Standard Life. That \$50,000 more does not sound that significant, but it is. Insurance companies are sometimes totally contractually based and do not want to move from it.

It is important to note that the basic life insurance plan had a medical evidence requirement at \$700,000 of insurance. I strong-armed Standard Life into waiving that. Senior managers who reach that threshold of \$700,000, which is easily attainable, no longer have to go through the onerous procedures of medicals and forms and perhaps be declined the \$1 million.

That was quite a feat, because Standard Life said that it never does that. I said because we have never done it does not mean we should never have to do it. Cognos is a high-profile client.

We have a conversion privilege under our program. That means that when employees leave the company, they can convert whatever insurance they have to an individual plan without undergoing a medical, as long as they do it within 31 days. They must pay individual rates, not group rates, but the medical is waived. Optional life provides employees with an opportunity to buy additional coverage for themselves, spouses or children through payroll deduction.

We did change our funding arrangement, to administrative services only from an experience-rated plan. That basically means that we got rid of some of the insurance management expense fees and the funding of their reserves, et cetera. We basically said, "Here is the money that we will give you each month to pay our

Ce programme est conçu pour les employés et leurs familles et leur permet d'obtenir des services professionnels de counselling pour traiter divers problèmes liés à la famille, au travail ou à d'autres choses qui peuvent affecter leur vie. Ce programme a reçu un très bon accueil. Je reçois des témoignages d'employés me disant que ce programme leur a été très bénéfique et que, grâce à lui, ils sont retournés au travail et ne sont pas en congé d'invalidité.

Ces services de counselling sont fournis par Services à la famille Ottawa, qui fait un excellent travail. Les hauts dirigeants ont longtemps hésité à offrir des prestations pour des services de counselling parce qu'il y a quelques années, il y avait un préjugé rattaché à de telles prestations. Il a fallu y mettre du temps et des efforts de sensibilisation. Je suis heureuse de dire que nous offrons maintenant cette couverture.

Notre assurance-vie de base est entièrement payée par Cognos. La prestation correspond à deux fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence d'un million de dollars. Elle est réduite de moitié à l'âge de 65 ans et tombe à 25 000 \$ lorsqu'un employé atteint l'âge de 70 ans. La prestation se termine à l'âge de 75 ans ou au moment de la retraite, selon la première de ces éventualités. La plupart des gens ne font plus partie du programme à ce moment-là.

Toutefois, je suis heureuse de dire que nous avons négocié une prestation accrue pour un employé âgé de 70 ans qui travaille toujours. Le contrat prévoyait une prestation de 25 000 \$, mais j'ai obtenu 75 000 \$ auprès de la Standard Life. Une augmentation de 50 000 \$ peut paraître insignifiante, mais elle ne l'est pas. Certaines compagnies d'assurance sont entièrement axées sur les contrats et ne veulent pas y déroger.

Il importe de souligner que le régime d'assurance-vie de base exigeait que les prestataires qui avaient touché 700 000 \$ produisent un rapport médical. J'ai réussi à convaincre la Standard Life de retirer cette exigence. Les gestionnaires supérieurs qui arrivent au seuil de 700 000 \$, ce qui est facile à atteindre, n'ont plus à se soumettre aux procédures onéreuses d'examen médicaux et de formulaires et risquer de se voir refuser des prestations d'un million de dollars.

C'était tout un exploit, parce que la Standard Life disait qu'elle ne faisait jamais cela. J'ai rétorqué que le fait de ne l'avoir jamais fait ne signifie pas qu'on ne devrait jamais le faire. Cognos est un client de prestige.

Notre programme comporte un droit de transformation, qui permet à un employé qui quitte l'entreprise de convertir son assurance en régime individuel sans subir d'examen médical, dans un délai de 31 jours. Il doit alors payer un tarif individuel, et non un tarif de groupe, mais il est exempté de l'examen médical. Une assurance-vie facultative permet aussi aux employés d'acheter une couverture additionnelle pour eux-mêmes, leurs conjoints ou leurs enfants, avec des retenues à la source.

Nous avons modifié nos modalités de financement, passant d'un régime avec participation aux résultats techniques à un arrangement axé uniquement sur les services administratifs. Nous avons ainsi éliminé une partie des dépenses de gestion d'assurance et le financement des réserves, et cetera. Nous disons

claims, be it \$250,000. You pay the claims for us.” Not having to fund these reserves, we saved approximately \$100,000 a year. We are taking the insurance in-house.

Finally, I want to add that, essentially, we have a traditional benefits plan, as you probably noticed. What really sets us apart is shown on this last slide on other benefits.

In my opinion, our fitness facility is state of the art. The employee participation rate is higher than the typical software company. It is almost 70 per cent, whereas most companies are at 50 per cent. We have social activities, Christmas parties and picnics that are fully funded and well attended. It is good for morale boosting and team building.

Part of our people strategy is to compete on our benefits, which we are doing. We keep a pulse on that. However, we really want to win on culture. I believe we have truly done that.

I want to thank you for your time, and I will open the floor to questions.

The Chairman: Thank you very much. I must say that I like your line: “Compete on benefits; win on culture.” That is not a bad line at all.

I want to make a comment and then I want to ask you a question. You heard some of the discussion earlier regarding how you would you deal with a one-of-kind, special case.

I heard your comments on your EAP program. You would not know this, but we are in the early stages of a two-year study on mental health, which is a successor to our study on broader health care and the acute care system. Given the comments you made on the EAP program, I trust you will not mind returning sometime down the road. We want to get two or three employers who have truly outstanding EAP programs together so that we can understand the workings of it. I trust you would not mind coming, if we were to invite you again.

Ms. Smith-Grant: Absolutely not — I would welcome the opportunity. It is an excellent program.

The Chairman: To focus on today, how would you deal with a situation about which everyone feels truly concerned, in which you had an employee who was ill and fell outside the parameters of your existing benefits plan, for whatever reason. How would you handle what I think Senator Lynch-Staunton and I called earlier a “one-off case?”

Ms. Smith-Grant: Could you paraphrase the situation you had? I just heard a little of it.

essentiellement «voici l’argent que nous vous donnons chaque mois pour rembourser nos réclamations, disons 250 000 \$. Vous payez les réclamations pour nous». Le fait de ne plus financer ces réserves nous permet d’économiser environ 100 000 \$ par année. L’assurance devient une affaire interne.

Enfin, j’aimerais ajouter que nous avons un régime conventionnel d’avantages sociaux, comme vous l’avez probablement remarqué. Cette dernière diapositive montre ce qui nous différencie des autres.

À mon avis, notre centre de conditionnement physique est le nec plus ultra. Le taux de participation des employés est supérieur à la moyenne des entreprises de logiciels, soit près de 70 p. 100 contre 50 p. 100 dans la plupart des entreprises. Nous organisons des activités sociales, des partys de Noël et des pique-niques qui sont entièrement financés et qui connaissent un franc succès. Ces activités permettent de renforcer le moral et favorisent l’esprit d’équipe.

Notre stratégie en matière de ressources humaines consiste en partie à concurrencer nos compétiteurs sur le plan des avantages sociaux, et c’est ce que nous faisons. Nous gardons l’œil ouvert. Toutefois, nous voulons gagner sur le plan de la culture. Je crois que nous avons réussi.

Je vous remercie de votre temps et je serai ravie de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup. Je dois dire que j’aime ce que vous venez de dire: «Concurrencer sur le plan des avantages sociaux, gagner sur le plan de la culture». Voilà un slogan intéressant.

J’aimerais faire un commentaire et vous poser ensuite une question. Vous avez entendu une partie des discussions précédentes sur la façon de traiter un cas unique et spécial.

J’ai écouté ce que vous avez dit sur votre programme d’aide aux employés. Vous ne le savez peut-être pas, mais nous entreprenons une étude de deux ans sur la santé mentale, qui succède à notre étude sur les soins de santé en général et le système de soins intensifs. À la lumière de ce que vous avez dit, j’imagine que vous accepteriez de revenir ici à un moment donné. Nous aimerions réunir deux ou trois employeurs qui offrent des programmes exemplaires dans ce domaine, pour nous permettre d’en bien comprendre le fonctionnement. J’imagine que vous accepteriez l’invitation.

Mme Smith-Grant: Bien sûr — j’en serais ravie. Notre programme est excellent.

Le président: Pour revenir aux discussions d’aujourd’hui, que feriez-vous à l’égard d’un employé qui est malade et qui, pour une raison ou une autre, ne répond pas aux critères de votre plan existant, situation qui est troublante pour tout le monde? Comment composeriez-vous avec ce que le sénateur Lynch-Staunton et moi-même considérons comme un cas unique?

Mme Smith-Grant: Pouvez-vous me mettre en contexte? Je n’ai entendu qu’une petite partie de cette discussion.

The Chairman: The situation is that there is a member of Parliament who is under the age of 55, which is when the benefits plan kicks it in. This member of Parliament is suffering from a debilitating disease and is simply unable to run again. Therefore, from the time of the election until she turns 55, this individual will not be eligible for the health benefit programs — the drug program and so on. The proposal in the bill is essentially to backdate the plan so that the benefits would kick in at age 50 — not just for this individual, for anyone.

A number of us around the table have expressed the view that we are troubled by the introduction of proposed legislation based on one specific case. We are not disputing the fairness of the case — none of that is at issue here. We asked officials earlier, before you came in, whether or not their existing plans could be tweaked somehow to deal with the question, and we were told no. I will say, as someone who has chaired HR committees on a couple of major boards, it would absolutely not be true in my private sector experience.

I am curious as how you would deal with that problem. You have a case of someone who clearly deserves help. That is it not the issue here. Do you change the broad policy to deal with the one case, or do you have a method by which you could deal with that one-off case by itself?

Ms. Smith-Grant: In the private sector, we would probably deal with it as a one-off case.

The Chairman: How would you do that?

Ms. Smith-Grant: I am thinking of an example we had not that long ago, of an individual who was on a salary continuance — he was terminated — and became disabled during that time period. Technically, as per the contract, he would have no longer been eligible for long-term disability.

The Chairman: Because he was not an employee?

Ms. Smith-Grant: The way the contract is structured, if you are on salary continuance, disability eligibility only continues for one month.

This individual, who was also very ill, would not have had any coverage. I did not change the entire salary continuance benefit eligibility for everyone we terminate who may be disabled; I simply looked at this one individual. What we did was we finessed it with the insurance company. Again, we looked at the contract with the insurance company and said, "This is our situation. We would like to waive that 30-day period for this individual."

The Chairman: You would like the insurance company to waive it?

Le président: Le régime d'assurance actuelle est valable pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Or, il y a une députée qui souffre d'une maladie débilitante qui l'empêche de se représenter. Par conséquent, à compter de la date de l'élection jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 55 ans, cette personne n'est pas admissible aux prestations pour soins de santé — l'assurance-médicaments, et cetera. Le projet de loi vise essentiellement à modifier l'âge d'admissibilité pour que les allocations puissent être perçues à l'âge de 50 ans — non seulement pour cette personne, mais pour tous.

Certains d'entre nous se disent préoccupés par l'adoption d'un projet de loi qui est fondé sur un cas unique. L'équité n'est pas remise en question ici — rien de cela n'est en jeu. Avant que vous arriviez, nous avons demandé à des fonctionnaires si les régimes en place pouvaient être quelque peu modifiés dans ce cas, et on nous a dit non. Or, j'ai présidé des comités de ressources humaines au sein d'importants conseils et, à mon avis, les choses seraient bien différentes dans le secteur privé.

Je suis curieux de savoir comment vous aborderiez ce problème. Il s'agit d'une personne qui mérite certainement de recevoir de l'aide. Cet aspect n'est pas en cause ici. Alors, changez-vous l'ensemble de votre politique pour traiter ce cas particulier, ou existe-t-il une méthode qui vous permet de traiter ce cas séparément?

Mme Smith-Grant: Dans le secteur privé, nous traiterions probablement ce cas comme un cas isolé.

Le président: Que feriez-vous?

Mme Smith-Grant: Il n'y a pas très longtemps, nous avons eu à traiter le cas d'une personne qui était en régime de continuation de salaire — son emploi avait pris fin — et qui est devenue invalide durant cette période. Techniquement, en vertu du contrat, cet ancien employé n'aurait plus été admissible aux prestations d'invalidité de longue durée.

Le président: Parce qu'il n'était plus un employé?

Mme Smith-Grant: Compte tenu de la façon dont le contrat est structuré, si vous êtes en régime de continuation de salaire, votre admissibilité aux prestations d'invalidité est maintenue seulement pendant un mois.

Cette personne, qui était aussi très malade, n'aurait bénéficié d'aucune couverture. Je n'ai pas changé l'admissibilité à la continuation de salaire pour toutes les personnes dont l'emploi prend fin et qui pourraient devenir invalides; je n'ai fait que penser à cette personne. Nous avons contourné les difficultés avec la compagnie d'assurance. Encore une fois, nous avons regardé le contrat avec la compagnie d'assurance et nous avons dit «Voici la situation. Nous aimerions déroger à la clause de 30 jours pour cette personne.»

Le président: Vous vouliez que la compagnie d'assurance y déroge?

Ms. Smith-Grant: Yes, because our long-term disability contract is fully insured, as they call it, or fully pooled coverage. I do not know if that makes any sense, but it is coverage that we cannot control — not like our health and dental plans, where we pay the bills.

We took them to the boardroom and said, “Look, this individual needs help. We are an employer with a culture of being very people-oriented, we are very compassionate, and that is what we want to demonstrate here.” This person worked for us probably only for two or three years, so it was not a long tenure, but he had a terminal illness.

We waived it. That is the short answer. Then I worked with the insurance company to get him on to benefits. He still had to go through the process of getting his physician to give Sun Life the information. Then he was treated as if he was an active individual in the plan.

We had another situation, of a long-time employee — who really founded PowerHouse, one of our products developed years ago — who was retiring and only doing maybe some consulting work for us. He did not really fit the eligibility definition for benefits any more, because you must be a permanent employee and work a minimum of 15 hours a week. This person would maybe work 15 hours, maybe not. He was probably going to golf or something.

However, we said that we wanted to give this person benefits. He is legendary at Cognos and has been there for 30 years. We do not have retiree benefits of any kind, because it is not a competitive issue in our industry.

It is amazing what you can do with negotiating skills and adding some pressure; they often will give you what your mandate is. We ended up placing this individual in our benefits plan for permanent part-time employees, those who work 15 hours or more. He did not quite fit the definition, but we have a rider to our plan naming this individual so that he is covered for health and dental benefits.

There were some restrictions. They did reduce some of the benefits. For instance, out-of-country medical coverage was reduced to \$50,000 from the current \$1 million. However, he still had health and dental coverage; he had life insurance at one times salary instead of two, but at least we had something to offer him.

The Chairman: That is exactly consistent with my own private sector experience, which is that reasonable people on the employer side and reasonable people on the insurance company side can find a way to finesse a situation with a little movement here and there. Thank you.

Mme Smith-Grant: Oui, parce que notre contrat visant l'invalidité de longue durée est entièrement assuré, c'est-à-dire que la couverture est mise en commun. Il s'agit d'une couverture que nous ne pouvons contrôler — contrairement à nos régimes de soins de santé et de soins dentaires, pour lesquels nous payons les factures.

Nous nous sommes réunis avec les agents d'assurance et nous leur avons dit «Cette personne a besoin d'aide. Cognos est un employeur dont la culture consiste à mettre l'accent sur les gens; nous avons beaucoup de compassion et c'est ce que nous voulons montrer ici.» Cette personne avait travaillé pour nous pendant deux ou trois ans seulement. Elle n'avait donc pas accumulé de longues années de service, mais elle était atteinte d'une maladie terminale.

En bref, nous avons dérogé à cette clause. J'ai ensuite négocié avec la compagnie d'assurance pour que cet ancien employé puisse toucher des prestations. Il devait tout de même demander à son médecin de donner les renseignements voulus à la Sun Life. Il a ensuite été traité comme si son dossier était actif.

Nous avons également eu le cas d'un employé de longue date — qui a fondé PowerHouse, un des produits que nous avons développés il y a plusieurs années. Cet employé prenait sa retraite et travaillait comme consultant pour nous. Il ne répondait plus vraiment aux critères d'admissibilité aux prestations, car il faut être un employé permanent et travailler un minimum de 15 heures par semaine. Il pouvait travailler 15 heures, ou peut-être moins. Il allait probablement jouer au golf ou s'adonner à un autre loisir.

Toutefois, nous voulions que cette personne puisse toucher des prestations. Cette figure légendaire a travaillé pour Cognos pendant 30 ans. Nous n'offrons pas de prestations aux employés à la retraite, parce qu'il n'y a pas de concurrence dans ce domaine au sein de notre secteur.

Je m'étonne encore de ce qu'on peut obtenir en exerçant un certain talent de négociateur et un peu de pression; on obtient souvent ce que l'on veut. Nous avons réussi à intégrer cette personne dans le régime de prestations destiné aux employés permanents à temps partiel, ceux qui travaillent 15 heures ou plus. Cette personne ne correspondait pas tout à fait à la définition, mais notre plan comporte un avenant dans lequel figure le nom de cette personne, si bien qu'elle est admissible aux prestations de soins de santé et de soins dentaires.

Il y a certaines limitations. Certaines prestations ont été réduites. Par exemple, la couverture médicale à l'étranger est passée d'un million à 500 000 \$. Par contre, on lui accorde une couverture pour les soins de santé et les soins dentaires. Son assurance-vie ne correspond pas à deux fois son salaire, mais à une fois, mais au moins nous avons quelque chose à lui offrir.

Le président: Ce que vous dites correspond exactement à ma propre expérience du secteur privé, et on voit que des personnes raisonnables du côté de l'employeur et des personnes raisonnables du côté de l'assurance peuvent trouver une façon de contourner les embûches. Merci.

Senator Lynch-Staunton: Unfortunately, although the government might want to do exactly what you did in special cases, it is limited by the law. It is stuck with the law. Even if the carrier and the government were agreeable, the law is the handicap. Maybe someday, the law will be written in such a way that the cases of individuals are included in our legislation, so that we would not again have to deal with such a situation. I do not know how you do that, but there must be a way.

The Chairman: Thank you for coming here, that was really helpful. We will definitely get back to you on the EAP program.

Ms. Smith-Grant: It has been a real opportunity to speak to such an elite group.

Senator LeBreton: We think you are an elite group, too. I cannot get over how that place has grown and expanded.

Ms. Smith-Grant: It is an impressive building. I will leave the details of our benefits plans with the clerk. We also have a small brochure on our employee assistance plan.

The Chairman: We will go to our next panel of witnesses, from the Public Service Alliance of Canada, Mr. John Gordon and Mr. James Infantino.

Mr. John Gordon, National Executive Vice-President, Public Service Alliance of Canada: The Public Service Alliance of Canada represents some 151,000 Canadian workers, the vast majority of whom are employed by the federal government in various departments and agencies. On their behalf, I should like to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for inviting us to appear during your deliberations on Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act.

At the outset, I should like to say that the PSAC is not opposed to the principles embodied in Bill C-24. In fact, it supports attempts to ensure that working Canadians, including members of Parliament, have their supplementary health care, dental and insurance plans maintained. Instead of a situation whereby the workers leave employment and lose those benefits, only to have them reinstated a few years later when they are subsequently in receipt of a retirement allowance.

Unfortunately, on March 12, 2004, the House of Commons adopted Bill C-24 with limited debate, no consultation and almost total disregard for the people in similar circumstances outside their House. To be clear, despite what was said by the five speakers who addressed Bill C-24 in the House of Commons, the bill provides special treatment for members of Parliament such as benefits over and above what is provided to federal public sector workers, the majority of whom are represented by the Public Service Alliance of Canada.

This was done pursuant to a government motion that received unanimous consent in the House of Commons on March 11, 2004. In effect, the motion abrogated the normal rules for open debate of proposed legislation because it allowed the House to

Le sénateur Lynch-Staunton: Malheureusement, même si le gouvernement voulait suivre votre exemple, il est tenu de respecter la loi. Même si la société d'assurance et le gouvernement sont d'accord, la loi reste un handicap. Un jour peut-être, les lois seront rédigées de manière à inclure les cas particuliers, pour qu'une telle situation ne se reproduise pas. Je ne sais pas comment vous faites, mais il doit y avoir un moyen.

Le président: Merci d'être venue ici; votre exposé a été très utile. Nous communiquerons certainement avec vous concernant le programme d'aide aux employés.

Mme Smith-Grant: Je suis ravie d'avoir eu la chance de m'adresser à un groupe d'élite.

Le sénateur LeBreton: Nous sommes d'avis que vous êtes un groupe d'élite également. Cet endroit a pris une expansion phénoménale.

Mme Smith-Grant: C'est un immeuble impressionnant. Je laisserai les détails de nos régimes de prestations au greffier. Nous avons aussi une brochure sur le programme d'aide aux employés.

Le président: Nous entendrons maintenant nos prochains témoins en table ronde, M. John Gordon et M. James Infantino, de l'Alliance de la Fonction publique du Canada.

M. John Gordon, vice-président exécutif national, Alliance de la Fonction publique du Canada: L'Alliance de la Fonction publique du Canada représente environ 151 000 travailleurs canadiens, dont la vaste majorité sont employés par divers ministères et organismes du gouvernement fédéral. En leur nom, j'aimerais remercier le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de nous avoir invités à prendre part aux discussions sur le projet de loi C-24, qui vise à modifier la Loi sur le Parlement du Canada.

J'aimerais d'abord préciser que l'AFPC ne s'oppose pas aux principes inhérents au projet de loi C-24. En fait, elle soutient les efforts qui visent à faire en sorte que les travailleurs canadiens, y compris les députés, continuent de bénéficier d'une assurance et d'une protection médicale et dentaire supplémentaires, au lieu de perdre ces avantages lorsqu'ils quittent leur emploi et de voir ces avantages rétablis quelques années plus tard lorsqu'ils ont droit à une prestation de retraite.

Malheureusement, le 12 mars 2004, la Chambre des communes a adopté le projet de loi C-24 après très peu de délibérations, sans consultation et dans le mépris presque total des personnes qui se trouvent dans des circonstances semblables, mais à l'extérieur de la Chambre. Malgré ce qu'ont dit les cinq intervenants entendus à la Chambre des communes, le projet de loi C-24 donne un traitement spécial aux députés en leur accordant des avantages bien supérieurs à ce qui est offert aux travailleurs de la fonction publique fédérale, dont la majorité sont représentés par l'Alliance de la Fonction publique du Canada.

C'est ainsi qu'on a procédé à la suite d'une motion du gouvernement qui a reçu le consentement unanime de la Chambre des communes le 11 mars 2004. En effet, la motion a abrogé les règles habituelles qui prévoient la tenue d'un débat sur les projets

deem the bill read a second time; to deem referral of the bill to committee; to deem the bill reported back without amendment; to deem the bill concurred in at report stage; and to deem the bill read third time and passed, all of which took place on March 12. Bill C-24 permits members of Parliament who cease to be members at the age of 50 but before the age of 55 to participate in the public service health care plan, the pensioners' dental services plan and the public service management insurance plan.

Under the Members of Parliament Retiring Allowances Act, the earliest age at which members of Parliament can commence collecting an allowance is 55. Therefore, this proposed legislation allows MPs who cease to be members after age 50 but before age 55 to participate in the public service health care plan, the PDSP and the PSMIP, even though they would not be in receipt of a retirement allowance under the MPRAA.

PSAC members and other federal workers are prohibited from participating in the PSHCP and the PDSP unless they are in receipt of a benefit under the Public Service Superannuation Act. In short, the members of the House of Commons have voted a benefit for themselves and for senators that is quite simply not available to other workers under federal jurisdiction and who are paid by the federal government and its various departments and agencies.

The difference is that the Members of Parliament Retiring Allowances Act does not provide an option for former members of Parliament to receive a retirement allowance until age 55, while the Public Service Superannuation Act provides the opportunity to receive significantly reduced benefits at an earlier age in certain circumstances.

I will quickly run through the provisions that apply to members of the PSAC and others who are subject to the Public Service Superannuation Act. Other than cases involving total disability of employees who opt for a medical retirement, the earliest a PSAC member is eligible to collect an unreduced pension benefit is age 55. To retire at this age, the worker is required to have banked at least 30 years of pensionable service. At that time, federal workers are eligible to participate in the public service health care plan and the public service dental care plan as retirees.

While retirement at age 50 is possible under the Public Service Superannuation Act, workers can only choose this option if they agree to a pension reduction. The pension reduction for workers with less than 25 years of pensionable service is 5 per cent for each year the retirement commences prior to the age of 60. For example, a federal worker who retires at age 50 after 24 years of service would see his or her pension reduced by fully 50 per cent in dollar terms. A federal worker with this age and service profile, and with an average salary for superannuation purposes

de loi, puisqu'elle a permis à la Chambre de considérer que le projet de loi avait été lu une deuxième fois et avait été renvoyé devant un comité, que le comité en avait fait rapport sans amendement, que le projet de loi avait été agréé à l'étape du rapport, qu'il avait été lu une troisième fois et adopté, toutes ces étapes ayant eu lieu le 12 mars. Le projet de loi C-24 rend les personnes qui perdent leur qualité de parlementaire, après avoir atteint l'âge de 50 ans, mais avant d'avoir atteint l'âge de 55 ans, admissibles aux régimes d'assurance-vie, de soins de santé et de soins dentaires.

Aux termes de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires (LARP), les députés ne peuvent pas commencer à toucher une allocation avant l'âge de 55 ans. Par conséquent, le projet de loi à l'étude permet aux députés qui quittent le Parlement après avoir eu 50 ans, mais avant d'avoir atteint 55 ans, de contribuer au Régime de soins de santé de la fonction publique, au RSDP et au RACGFP, même s'ils ne touchent pas une allocation de retraite en vertu de la LARP.

Il est interdit aux membres de l'AFPC et aux autres fonctionnaires fédéraux de contribuer au RSSFP et au RSDP, à moins qu'ils ne touchent des prestations en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique. Bref, les députés de la Chambre des communes ont voté pour instituer en faveur des sénateurs et d'eux-mêmes un privilège qui n'est tout simplement pas accessible aux autres travailleurs qui relèvent de la compétence fédérale et qui sont payés par le gouvernement fédéral et ses différents ministères et organismes.

Il y a toutefois une différence. La Loi sur les allocations de retraite des parlementaires n'offre pas aux anciens députés la possibilité de toucher une allocation de retraite avant l'âge de 55 ans, alors que la Loi sur la pension de la fonction publique offre l'option de recevoir des prestations considérablement réduites à un âge inférieur dans certaines circonstances.

Je vais vous faire un bref survol des dispositions qui s'appliquent aux membres de l'AFPC et aux autres travailleurs visés par la Loi sur la pension de la fonction publique. Si l'on fait exception des employés qui optent pour une retraite pour des raisons médicales en raison d'une incapacité totale, un membre de l'AFPC ne peut pas toucher une prestation de retraite non réduite avant l'âge de 55 ans. Pour pouvoir prendre sa retraite à cet âge, le travailleur doit avoir accumulé au moins 30 années de service ouvrant droit à pension. À partir de ce moment-là, les travailleurs fédéraux peuvent contribuer au Régime de soins de santé de la fonction publique et au Régime de soins dentaires de la fonction publique à titre de retraités.

La retraite à l'âge de 50 ans est une option possible dans le cadre de la Loi sur la pension de la fonction publique, mais les travailleurs n'y ont droit que s'ils acceptent une réduction de leurs prestations. Pour les travailleurs comptant moins de 25 années de service ouvrant droit à pension, la réduction est calculée au taux de 5 p. 100 multiplié par le nombre d'années entre le moment de la retraite et l'âge de 60 ans. Par exemple, un fonctionnaire fédéral qui prend sa retraite à 50 ans après 24 années de service voit sa pension réduite de pas moins de 50 p. 100. En supposant une

of \$40,000, would receive a pension of \$9,600 instead of \$19,200.

The pension reduction for federal workers who have at least 25 years of pensionable service on termination of employment after age 50 are subject to a pension reduction of 5 per cent per year of the greater of: the number of years of age less than 55 or the number of years of pensionable service less than 30 years. For example, a federal worker with 26 years of service who retires at age 50 will have his or her pension reduced by 25 per cent.

To put this into perspective, the PSAC members and other public sector workers over the age of 50 who decide to retire early or whose employment is terminated find themselves in a difficult quandary. They can elect to access their pension early and be subject to a severe pension reduction that, in many cases, will mean a post-retirement life of abject poverty but with a medical benefit that they so desperately need; or they can defer their pension to either 55 or 60, depending on years of service, and receive a unreduced pension but be denied medical or dental coverage until that pension is received.

Bill C-24 also provides members of Parliament with an added benefit in respect of group insurance when compared to other federal workers. Under Bill C-24, insurance is provided to former members of Parliament who were age 50 when they left office on the same terms and conditions as apply to persons in receipt of an allowance, other than a withdrawal allowance under the act.

In contrast, federal workers who leave their employment in similar circumstances and are not in receipt of an immediate pension benefit under the Public Service Superannuation Act can only maintain life insurance coverage under the supplementary death benefit plan at significantly higher commercial premium rates. Furthermore, the Public Service Alliance of Canada would bring to the committee's attention the many thousands of PSAC members whose positions have been divested to the private sector over the past several years and have no access to post-retirement health, dental or life insurance coverage from their successor employers.

As I said at the outset, the PSAC supports proposed legislation that would see federal workers, including all members of Parliament, have their supplementary health, dental and life insurance maintained when they are over the age of 50 and eligible for a deferred retirement allowance or annuity.

What we cannot support is proposed legislation that addresses the issues for members of Parliament and leaves other federal workers vulnerable. We are particularly disturbed because while the current public service health care plan remains in effect until

rémunération moyenne aux fins de la pension de 40 000 \$ pour un travailleur de cet âge et comptant de tels états de service, la pension s'établirait à 9 600 \$ plutôt que 19 200 \$.

Dans le cas d'un fonctionnaire fédéral comptant au moins 25 années de service ouvrant droit à pension qui prend sa retraite après l'âge de 50 ans, la pension peut être réduite de 5 p. 100 multiplié par le nombre d'années qu'il lui manque pour atteindre 55 ans, ou par le nombre d'années supplémentaires qu'il lui faudrait pour accumuler 30 ans de service ouvrant droit à pension, le plus grand de ces deux nombres étant utilisé. Par exemple, un fonctionnaire fédéral comptant 26 années de service qui prend sa retraite à 50 ans voit sa pension réduite de 25 p. 100.

Question de mettre ces chiffres en perspective, disons que les membres de l'AFPC et les autres travailleurs du secteur public de plus de 50 ans qui décident de prendre une retraite anticipée ou qui perdent leur emploi se retrouvent confronter à un grave dilemme. Ils peuvent choisir de commencer à toucher immédiatement leur pension et se voir imposer une forte réduction qui, dans bien des cas, se traduira par une vie de retraité dans la pauvreté la plus abjecte, mais avec accès au régime de soins de santé dont ils ont tant besoin. Sinon, ils peuvent différer leur pension jusqu'à l'âge de 55 ou 60 ans, selon leurs états de service, et avoir alors droit à une pension non réduite, mais être privés de la protection des régimes de soins de santé et de soins dentaires jusqu'à ce qu'ils reçoivent cette pension.

Le projet de loi C-24 accorde également aux parlementaires un privilège dont ne jouissent pas les autres travailleurs fédéraux en ce qui a trait à l'assurance-groupe. En vertu du projet de loi à l'étude, la protection de l'assurance est en effet offerte aux anciens parlementaires qui quittent leur fonction après l'âge de 50 ans suivant les mêmes modalités qui s'appliquent aux personnes touchant une allocation, à l'exception de celles ayant droit à une allocation de retrait en vertu de la loi.

Au contraire, les fonctionnaires fédéraux qui quittent leur emploi dans des circonstances similaires et qui ne commencent pas immédiatement à toucher une pension de retraite en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique peuvent seulement conserver la protection d'une assurance-vie dans le cadre du régime de prestations supplémentaires de décès en versant des primes considérablement plus élevées correspondant au taux du marché. En outre, l'Alliance de la Fonction publique du Canada tient à rappeler au comité que plusieurs milliers de ses membres ont vu leur poste être transféré au secteur privé au cours des dernières années et ne se voient pas offrir la protection d'un régime de soins de santé, de soins dentaires ou d'assurance-vie par leur nouvel employeur.

Comme je l'ai dit au départ, l'AFP préconise une loi qui verrait tous les travailleurs fédéraux, y compris les parlementaires, profiter du maintien de leurs régimes de soins de santé, de soins dentaires et d'assurance-vie lorsqu'ils deviennent admissibles, après l'âge de 50 ans, à une pension de retraite différée.

Nous ne pouvons toutefois pas appuyer un projet de loi qui règle les problèmes des parlementaires, tout en laissant les autres travailleurs fédéraux vulnérables. Une autre perspective nous préoccupe tout particulièrement. Bien que le régime de soins de

March 31, 2005, we have every reason to believe that the government is contemplating significant reductions to it, particularly in the area of post-retirement coverage. In closing, and in short, we believe the government is legislating a double standard that benefits members of Parliament to the exclusion of all other federal workers. As a result, we urge senators to take the action necessary to ensure that Bill C-24 provides the same coverage to all federal workers. We want to thank you again for inviting us to the committee.

The Chairman: Thank you very much for that detailed statement. That addresses many of the questions that we would have wanted to ask in terms of comparing this bill with the benefits available to your members. You were not here when the minister appeared earlier, but he and his officials talked quite extensively about not just the parallel, but what they deemed the similarity, in the idea that members of Parliament and senators, parliamentarians, should be entitled to similar benefits to those available to public servants.

As you have pointed out, in fact this particular proposal is more generous in certain ways. Mr. Infantino was here and heard that discussion, so you know exactly the point I am making.

Senator Lynch-Staunton: You mentioned that the current public service health care plan would soon expire. How is that negotiated? Is the government alone in this, or are you involved in negotiations?

Mr. Gordon: We are involved in the negotiations. The parties to the plan include the unions, the federal public service, the national superannuates and the Treasury Board of Canada. We are in the process of negotiations on the plan now, because it ends, as I said, on March 31, 2005.

Senator Lynch-Staunton: This is an ongoing committee that meets on a regular basis?

Mr. Gordon: In 2000, they established a trust to oversee the administration of the public service health care plan and they locked in the present plan for a five-year period. It is now coming up for renewal, so one would assume that that process would continue, but we cannot say for sure.

Senator Lynch-Staunton: Have you had cases amongst your members such as the one we are looking at here, where the situation has not been thought of? Cognos told us of two examples where they negotiated the entrance of employees into the plan, and they had to bend it a little but it worked? Do you have the same flexibility?

Mr. Gordon: No. There are certain circumstances whereby a person covered by the plan can continue their contributions, and that is if they become completely disabled, are no longer able to work and get a disability pension. If a person is 53 years of age, and has even 30 years of service and wants to retire, he or she

santé de la fonction publique demeure en vigueur jusqu'au 31 mars 2005, nous avons toutes les raisons de croire que le gouvernement envisage des réductions importantes à ce chapitre, notamment en matière de protection après la retraite. Pour conclure brièvement, nous croyons que le gouvernement instaure avec ce projet de loi un système de deux poids deux mesures qui profitera aux parlementaires au détriment de tous les autres fonctionnaires fédéraux. Nous exhortons donc les sénateurs à faire le nécessaire pour veiller à ce que le projet de loi C-24 assure la même protection à tous les travailleurs fédéraux. Nous tenons à vous remercier encore une fois pour l'invitation.

Le président: Merci beaucoup pour cet exposé très détaillé. Vous avez répondu à bon nombre des questions que nous aurions pu poser quant à la comparaison entre les dispositions de ce projet de loi et les avantages accessibles à vos membres. Vous n'étiez pas là lors du témoignage du ministre, mais ses fonctionnaires et lui-même ont beaucoup parlé de la nécessité d'accorder aux députés et aux sénateurs, aux parlementaires en fait, les mêmes avantages que ceux offerts aux fonctionnaires, parce qu'ils considèrent que ces groupes évoluent non seulement sur un axe parallèle, mais aussi dans des conditions similaires.

Comme vous l'avez souligné, le projet de loi est en fait encore plus généreux que cela sous certains aspects. M. Infantino était présent lors de cette discussion, alors vous savez exactement où je veux en venir.

Le sénateur Lynch-Staunton: Vous avez indiqué que le régime de soins de santé de la fonction publique arrivera bientôt à échéance. Comment se déroulent les négociations? Est-ce que le gouvernement fonctionne en vase clos, ou avez-vous un rôle à jouer?

M. Gordon: Nous participons aux négociations. Les parties concernées sont les syndicats, la fonction publique fédérale, les pensionnés de l'État et le Conseil du Trésor du Canada. Les négociations sont déjà en cours parce que le régime actuel arrivera à échéance, comme je l'ai mentionné, le 31 mars 2005.

Le sénateur Lynch-Staunton: S'agit-il d'un comité permanent qui se réunit à intervalles réguliers?

M. Gordon: En 2000, les parties ont créé une fiducie chargée de superviser l'administration du Régime de soins de santé de la fonction publique et ont adopté le régime actuel pour une période de cinq ans. Le moment est maintenant venu de le renouveler, ce qui peut nous permettre de présumer que le processus se poursuivra, mais rien n'est certain.

Le sénateur Lynch-Staunton: Y a-t-il eu parmi vos membres des cas semblables à celui que nous examinons ici, dont la situation n'aurait pas été prévue? Les représentants de Cognos nous ont cité deux cas où ils ont dû négocier l'intégration d'employés au régime, en y apportant quelques aménagements. Avez-vous la même flexibilité?

M. Gordon: Non. Il existe certaines circonstances dans lesquelles une personne couverte par le régime peut poursuivre ses contributions; il faut qu'elle soit frappée d'une incapacité totale, ne puisse plus travailler et touche une pension d'invalidité. Si un travailleur de 53 ans comptant 30 années de service veut

either has to take a reduced pension, at 5 per cent a year, or defer that pension, and during that deferral period, there is no eligibility to be a member of the plan.

Senator Lynch-Staunton: Will you take this bill to the negotiating table and say, "If this is good enough for them, it is good enough for us?"

Mr. Gordon: We did happen to be at the table the day the bill was introduced and I made mention, "What do you think of this, folks?"

The Chairman: You may want to get the transcript of what the minister and officials said, because they were careful to point out repeatedly, including in the minister's opening statement, that their intent was to treat parliamentarians and members of the public service the same. I would think that is a pretty compelling argument from your point of view, because they voluntarily went on record as saying that. We are happy to help you get the transcript. That is not a problem.

Mr. Gordon: We appreciate that.

Senator Fairbairn: Thank you for being here. Your paragraph 19 sounds a little ominous. You say you have every reason to believe that the government is contemplating significant reductions to the public service health care plan, PSHCP, particularly in the area of post-retirement coverage.

The Chairman: I would say, parenthetically, it is not only ominous for your members, it is ominous for us, because we are now told we will be treated the same way as you are, so we are with you on this one.

Senator Lynch-Staunton: There may be a new government next time, so you could be —

Senator Fairbairn: We need to be armed, in any event.

Mr. Gordon: All aspects of the plan are up for discussion, including the benefits available to retirees. When we say that we are very cautious about what will happen and what is happening in the backrooms of government, it is because some indications are they are talking about the huge cost overruns, and so on and so forth. We have not seen it ourselves, but that will be part and parcel of the discussion. Signals are being sent to us — and I guess it is only our perception until such time as we get to the detail — that some benefits will be reduced in some way, shape or form, for all — including retirees.

We find that as retirees get older, they tend to become more reliant on the services that the health care plan provides. We feel that there are indications that the funding levels will be reduced.

prendre sa retraite, il doit accepter une réduction de pension, au taux de 5 p. 100 par année, ou encore différer cette pension et être privé de la possibilité de contribuer au régime pendant la période visée.

Le sénateur Lynch-Staunton: Comptez-vous vous présenter à la table de négociation avec ce projet de loi en soutenant que vous devriez disposer des mêmes privilèges que les parlementaires?

M. Gordon: Nous étions justement en négociation le jour où le projet de loi a été présenté; j'en ai profité pour sonder le terrain.

Le président: Peut-être serait-il bon pour vous d'obtenir la transcription des témoignages du ministre et de ses fonctionnaires. En effet, ils ont bien pris soin de signaler à plusieurs reprises, y compris dans les remarques préliminaires du ministre, qu'ils souhaitaient que les parlementaires et les membres de la fonction publique soient traités sur le même pied. N'est-ce pas là un argument très probant en faveur de votre point de vue, étant donné qu'ils ont volontairement décidé de faire officiellement cette déclaration. Nous pouvons vous fournir cette transcription sans problème.

M. Gordon: Nous l'apprécions beaucoup.

Le sénateur Fairbairn: Merci de votre présence parmi nous. Votre paragraphe 19 m'inquiète un peu. Vous dites que vous avez toutes les raisons de croire que le gouvernement envisage des réductions considérables dans le Régime de soins de santé de la fonction publique, surtout en matière de protection après la retraite.

Le président: Si je puis me permettre une parenthèse, je dirais que c'est inquiétant non seulement pour vos membres, mais aussi pour nous. Comme on nous a dit que nous serions traités sur le même pied que vous, nous sommes dans le même bateau.

Le sénateur Lynch-Staunton: Peut-être aura-t-on un nouveau gouvernement la prochaine fois, alors vous pourriez...

Le sénateur Fairbairn: Nous devons être prêts à toutes les éventualités.

M. Gordon: Les négociations peuvent porter sur tous les aspects du régime, y compris les avantages offerts aux retraités. Si nous nous disons préoccupés par ce qui pourrait survenir et par ce qui se passe dans les antichambres du gouvernement, c'est parce que certaines indications laissent entendre qu'il est notamment question d'énormes dépassements de coûts. Ce n'est pas ce que nous avons nous-mêmes constaté, mais ce point sera au cœur des négociations. Des indications nous permettent de croire — je suppose que cela demeure une perception tant que nous n'aurons pas plus de détails — que certaines prestations pourraient être réduites d'une façon ou d'une autre pour tous les fonctionnaires, y compris les retraités.

Nous constatons que plus les retraités sont vieux, plus ils ont besoin des services qu'offre le régime de soins de santé. Certains indices nous amènent à penser que les niveaux de financement seront réduits.

Senator Fairbairn: I would think it would be a very difficult business to do that, when they are supposed to be equivalent to parliamentary levels. Anyhow, we will certainly want to know, as this proceeds, whether or not your fears were groundless.

Senator LeBreton: I wanted to thank the witnesses, because I think their presentation really underscores the point that a few of us are trying to make, that the way this was handled in Parliament just does not pass the smell test. I very much appreciate the points you made. I am generally in agreement with you.

Senator Lynch-Staunton: Well, you have come a long way since Mr. Daryl Bean brought 20,000 employees onto the lawn. It was like a love-in.

The Chairman: As soon as we hear that the government has put us into your camp, we are with you. I urge you to read the transcript from the first session. Senator LeBreton and I had agreed earlier that we would not proceed to clause-by-clause consideration today, that we would have some discussions over the two-week break and come back to you with a course of action. Even if we did do clause-by-clause today and it passed, the reality is that third reading could not be dealt with until after the break anyway. Nothing is hurt by not dealing with the bill until we come back.

Senator LeBreton and I will talk over the next few weeks and figure out the process. I will remind you of two things. One, we do have a meeting at three o'clock this afternoon, with the approval of the Senate. It is by teleconference so it is in the East Block. We have the Chair of the President's Commission on Mental Health and the Chair of the Mental Health Reform Coalition in the United States, who will be appearing from 3 to 5 by teleconference. On the first day we are back, which is Tuesday, April 20, we have, again, an extraordinary meeting at seven o'clock at night on the mental health issue, because the witnesses are from Australia and the time change is such that we can only do Australia on one Tuesday and New Zealand two weeks later. We had to adjust our schedule to fit the time change, so the two seven o'clock meetings have received the approval of both whips.

Senator Fairbairn: Does it have to be on Tuesday?

The Chairman: It is the only night that works, given their schedules. The short answer is yes. We had to accommodate the schedule of the witnesses and recognize that it could not be on a Thursday because so many of our members leave.

It was either Tuesday or Wednesday, and we already sit at four o'clock on Wednesday, with meetings that in some cases run more than three hours. We were boxed into Tuesday.

Le sénateur Fairbairn: J'imagine qu'il serait difficile d'en arriver là, alors que ces niveaux sont censés être équivalents à ceux des parlementaires. De toute manière, nous apprécierions certes que vous nous teniez au fait du déroulement des négociations, question de voir si vos craintes étaient effectivement fondées.

Le sénateur LeBreton: Je tiens à remercier les témoins, parce que je crois que leur exposé a vraiment mis en lumière l'argument que quelques-uns d'entre nous essayons de faire valoir, à savoir que la façon dont le Parlement a traité ce dossier apparaît plutôt louche. J'ai bien aimé votre argumentation. Je suis d'accord avec vous sur la plupart des points.

Le sénateur Lynch-Staunton: Vous avez fait beaucoup de chemin depuis que M. Daryl Bean a fait sortir 20 000 fonctionnaires sur les pelouses. C'était comme une grande manifestation d'amour.

Le président: Comme le gouvernement semble vouloir unir nos destinées, nous sommes de votre côté. Je vous invite fortement à prendre connaissance de la transcription de la première séance. Le sénateur LeBreton et moi-même avons convenu précédemment que nous ne procéderions pas à l'examen article par article aujourd'hui. Nous allons discuter du dossier à quelques reprises pendant la pause de deux semaines et vous revenir avec une proposition de stratégie. Même si nous faisons l'étude article par article aujourd'hui et si nous adoptons le projet de loi, l'étape de la troisième lecture ne pourrait pas être franchie de toute façon avant le retour de la pause. Alors, il ne nous en coûte rien d'attendre notre retour pour examiner ce projet de loi.

Le sénateur LeBreton et moi-même allons nous concerter au cours des prochaines semaines pour déterminer la marche à suivre. J'ai deux choses à vous rappeler. Premièrement, nous tiendrons une réunion à 15 heures cet après-midi, avec l'approbation du Sénat. Comme il s'agit d'une téléconférence, elle aura lieu dans le bloc Est. Entre 15 heures et 17 heures, nous entendrons par conférence téléphonique le témoignage des présidents de la Mental Health Reform Coalition et de la President's Commission on Mental Health aux États-Unis. Dès le premier jour de notre retour, soit le mardi 20 avril, nous tiendrons à nouveau une réunion extraordinaire à 19 heures sur le dossier de la santé mentale, étant donné que nous entendrons des témoins de l'Australie. En effet, le décalage horaire fait en sorte que nous ne pouvons entendre les témoins australiens que mardi soir et ceux de la Nouvelle-Zélande deux semaines plus tard. Ces deux séances tenues à 19 heures ont été approuvées par les deux whips car nous avons dû ajuster notre horaire en fonction du décalage.

Le sénateur Fairbairn: Faut-il absolument que ce soit le mardi?

Le président: C'est le seul soir qui convient. Il faut tenir compte des horaires des témoins et renoncer au jeudi soir parce qu'un grand nombre de nos membres partent.

Restaient le mardi et le mercredi. Comme nous nous réunissons déjà à 16 heures, le mercredi, et que ces réunions peuvent durer jusqu'à trois heures, le mardi devenait la seule solution.

Senator Fairbairn: It coincides with the Agriculture Committee.

The Chairman: It is only two Tuesdays out of the whole set. We have to start on time. When we have senior officials from another country appearing we should be prompt, so can we please start promptly at 3 today? We already have permission from the Senate. The whips have approved the seven o'clock meeting on April 20, and at that time, Senator LeBreton and I will fill you in on what we think we should do with this bill.

Senator Cook: I have a conflict on Tuesdays with Fisheries Committee.

The Chairman: My guess is that since the Fisheries Committee is ongoing and this is a one-off meeting with a foreign country, it is probably worthwhile coming to this.

Senator Cook: I will try to get a substitute.

The Chairman: This was an interesting discussion and I am not at all sure that Mr. Saada and his officials expected the grilling that they got. They did not get any grilling in the House of Commons, so, if for no other reason, it was a good thing to do. Thank you for coming.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:05 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[English]

The Chairman: Honourable senators, we have with us today via teleconference from Columbus, Mr. Michael Hogan, chair of the U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health. We also have with us here in Ottawa Mr. William Emmet, the co-ordinator for the U.S. Campaign for Mental Health Reform. I thank both of you for taking the time to be with us. I will give you a brief background on what we are doing.

About 18 months ago, this committee released a report that we had been working on for almost three years on the major changes that were needed to the Canada's acute care system, the hospital and doctor system. Many of the ideas were appropriately machine-gunned by the right and the left at the time we put the report out to the extent that we frequently describe ourselves now as being the "coalition of the extreme centre." On all of the truly

Le sénateur Fairbairn: C'est en même temps qu'une réunion du Comité de l'agriculture.

Le président: C'est seulement pour deux mardis. Il nous faut commencer à l'heure. Lorsque nous entendons les témoignages de hauts fonctionnaires étrangers, il faut respecter les horaires. Je vous prie donc d'être tous là pour que nous puissions commencer à 15 heures pile aujourd'hui. Nous avons déjà obtenu l'approbation du Sénat. Les whips ont approuvé la réunion de 19 heures du 20 avril; le sénateur LeBreton et moi-même pourrions vous dire à ce moment-là ce que nous proposons de faire avec ce projet de loi.

Le sénateur Cook: J'ai un conflit d'horaire avec le Comité des pêches, le mardi.

Le président: Selon moi, comme le Comité des pêches se réunit régulièrement et que nous parlons ici d'une réunion unique avec des témoins étrangers, il vaut probablement mieux que vous soyez des nôtres.

Le sénateur Cook: Je vais essayer de me faire remplacer.

Le président: La discussion a été intéressante et je ne suis pas certain du tout que M. Saada et ses fonctionnaires s'attendaient au traitement qui leur a été réservé. Comme ils ont eu la vie facile à la Chambres des communes, on peut dire que, ne serait-ce que pour cette raison-là, notre travail aura servi à quelque chose. Merci de votre présence.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 05 pour étudier les questions qu'ont suscité le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Honorables sénateurs, nous entendrons aujourd'hui, par téléconférence, depuis Columbus, M. Michael Hogan, président du U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health. Nous accueillons également ici, à Ottawa, M. William Emmet, coordonnateur du U.S. Campaign for Mental Health Reform. Je remercie nos deux témoins de prendre le temps de venir discuter avec nous. Je vous fais un bref historique de nos travaux.

Il y a un an et demi environ, notre comité a publié un rapport, auquel nous travaillions depuis presque trois ans, sur les grands changements qu'il y aurait lieu d'apporter au système de soins actifs et de services hospitaliers et médicaux au Canada. Bon nombre des idées qui y étaient proposées ont été torpillées par la droite et par la gauche lorsque nous avons publié notre rapport, à tel point que nous nous décrivons souvent comme étant la

controversial issues — waiting lines, funding, how money should be raised and so on — the committee reached unanimous consensus despite the political sensitivity of the issues.

Having concluded that, we decided to move on to the issue of mental health. We are very much in the early stages of this study and it will shortly go into a period of hiatus because this country is about to have a general election.

Nevertheless, we are following the pattern of our previous study. We will produce this fall what we would call an options paper that will set out a series of public policy options addressing the mental health issue. We will then conduct an extensive set of hearings in the first half of 2005 to gauge reaction across the country both from experts and the general public on the various options. We will then produce recommendations for reform in the second half of 2005. That is our schedule.

We wanted to get input from the two of you early on because of the kinds of things that we have read about regarding the issue in the United States and some of the progress that you are making. It will not surprise you to learn that we found that in terms of the acute care system, we did not copy much from the United States for many reasons. When you begin with a universal publicly funded system, there is really relatively little one can learn from the American experience other than perhaps how you make hospitals more efficient and we did use some of that information.

On the mental health issue, however, we do not have a national policy. It would appear that there are virtually no provincial policies. The mental health system has been the orphan of the health care system in Canada for a long time. We are determined, both through the report and then through the strong advocacy of recommendations, to get to the point where it ceases to be the orphan.

We are very early in this development. Any input you can provide will be extremely helpful. I would hope that as we go down the road we may well be in touch with you again simply because this is an issue on which we could learn from each other. I very much appreciate your taking the time to be with us.

We will begin with opening statements from the two of you, starting with Mr. Hogan and then turn to questions.

Mr. Michael Hogan, Chair, U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health: Honourable senators, I will try to be succinct because more may come from the questions than from my presentation. It is an honour to have the opportunity to talk to you. I have just enough knowledge of health care in Canada to be dangerous. I do want to acknowledge a debt to one of my

«coalition de l'extrême centre». Sur toutes les questions vraiment controversées, listes d'attente, financement, sommes nécessaires, et cetera, le comité a été unanime, malgré le caractère délicat sur le plan politique de ces questions.

Une fois que nous avons eu terminé ce rapport, nous avons décidé de nous attaquer à la santé mentale. Nous n'en sommes qu'au tout début de notre étude sur cette question, qui devra bientôt être interrompue puisque nous sommes à la veille d'élections générales.

Nous entendons néanmoins suivre le même processus que pour notre étude précédente. Nous publierons à l'automne un document de consultation où seront exposés divers modèles d'actions gouvernementales relativement à la santé mentale. Nous tiendrons ensuite une vaste série d'audiences pendant la première moitié de 2005 afin de mesurer la réaction aux quatre coins du pays, tant chez les experts que chez le grand public, aux divers modèles proposés. Nous formulerons enfin des propositions de réforme pendant la deuxième moitié de 2005. Voilà notre calendrier.

Nous tenions à vous entendre tous les deux au tout début du processus à cause de certaines choses que nous avons lues sur ce dossier aux États-Unis et de certains des progrès qui ont été réalisés chez vous. Vous ne serez pas surpris d'apprendre que, en ce qui concerne le système de soins actifs, nous ne nous sommes guère inspirés de ce qui se fait aux États-Unis, pour de nombreuses raisons. Étant donné que les soins de santé chez nous font partie d'un système universel financé à même les deniers publics, il y a enfin assez peu de leçons que nous pouvons tirer de l'expérience américaine si ce n'est peut-être sur la façon d'accroître l'efficacité des hôpitaux, et nous nous sommes effectivement servis de l'information à ce sujet.

Nous n'avons toutefois pas de politique nationale sur la santé mentale. Il semble qu'il n'y ait pas non plus, ou à peu près pas, de politique provinciale sur la question. Le système de soins de santé mentale est depuis longtemps le parent pauvre du système de soins de santé au Canada. Nous sommes bien décidés, par notre rapport et par la promotion active de nos recommandations, à faire en sorte que les soins de santé mentale cessent d'être le parent pauvre des soins de santé.

Nous n'en sommes qu'au tout début du processus. Tout ce que vous pouvez nous dire pour nous éclairer nous sera extrêmement utile. J'ose espérer que, quand notre étude sera plus avancée, nous pourrions reprendre contact avec vous, simplement parce qu'il s'agit là d'une question sur laquelle nous pouvons apprendre les uns des autres. Je vous suis très reconnaissant de prendre le temps de discuter avec nous.

Nous allons commencer par entendre vos déclarations préliminaires à chacun de vous, en commençant par M. Hogan, puis nous passerons aux questions.

M. Michael Hogan, président, U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health: Honorables sénateurs, j'essaierai d'être succinct, car le plus utile sera peut-être que vous me posiez des questions. C'est pour moi un honneur de pouvoir vous adresser la parole. Je connais juste assez le système de soins de santé au Canada pour que cette connaissance soit dangereuse. Je

mentors, Dr. Hugh Lafave was a leader in reforming mental health care in Saskatchewan in the 1960s. Subsequently, he came to work in New York State where I learned a tremendous amount at his knee.

I will tell the story quickly of this president's commission that was established to look at mental health care in the U.S., not because I believe there is a complete fit in the health and mental health care systems of these countries. However, there is enough in common, as you said, Mr. Chairman, to allow us to learn from each other.

There are some similarities. The existence of a strong, although fragmented state, in our case, provincial in your case, responsibility backed up — sometimes poorly — by federal programs. Both Canada and the U.S. also share — as do many western countries — a problem with respect to mental health care. That is, we have government-run care systems for those with the most serious illnesses, while many people get care in the mainstream health care system for their mental illness. We do have some things in common.

I will go through these slides as quickly as I can. As I have indicated, this commission was established by the President. The last time a President's commission looked at mental health in the U.S. was a quarter century ago under President Carter.

Turning to the second slide, there is a quote from the executive order that charged this commission to look at improvements that will enable adults with serious mental illness and children with severe emotional disturbance to live, work, learn, and participate fully in their communities. Implicit in that charge was, I felt — and still feel — a direction to the mental health system to lift its sights beyond maintenance care toward the kind of treatments and supports that would help people achieve the life that they want.

I will not dwell on this, because honourable senators already know — or your study will take you into this subject — that the burden and impact of these diseases is quite extraordinary. This slide is taken from the World Health Organization, which looks at violent deaths worldwide and finds that deaths as a result of suicide are essentially equal to murder and war put together across the world. We do know that 95 per cent of suicides are precipitated by mental illness, sometimes with alcohol or drug use as well. This is a different measure of the impact on society of these conditions.

Also, WHO data in this case is specific to the U.S., Canada and Western Europe. It looks at the proportion of disability that is attributable to different categories of illnesses. We see a tremendous amount of disability is caused by mental illness. In part, because these conditions tend to come on when people are

tiens à rendre hommage à un de mes mentors. Le Dr Hugh Lafave a été un des pionniers de la réforme des soins de santé mentale en Saskatchewan dans les années 60. Il est ensuite venu travailler dans l'État de New York, où j'ai beaucoup appris en travaillant à ses côtés.

Je vais vous faire rapidement l'historique de cette commission qu'a créée le président pour étudier les soins de santé mentale aux États-Unis, non pas parce que je m'imagine que les systèmes de soins de santé et de soins de santé mentale de nos deux pays se ressemblent vraiment, mais parce que les deux systèmes présentent suffisamment de points communs, comme vous l'avez dit, monsieur le président, pour que nous puissions apprendre les uns des autres.

Il y a des ressemblances, notamment le rôle important, quoique fragmenté, des États, chez nous, et des provinces, chez vous, et l'appui, parfois lacunaire, des programmes fédéraux. Le Canada et les États-Unis ont aussi en commun — comme beaucoup de pays occidentaux — le fait que les soins de santé mentale posent un problème. C'est-à-dire que nous avons des systèmes de soins publics pour ceux qui sont atteints des maladies les plus graves, tandis que bien des gens se font traiter pour leurs problèmes de santé mentale dans le cadre du système de soins de santé destiné à l'ensemble de la population. Nous avons donc certains points en commun.

Je vais vous présenter ces diapos le plus rapidement possible. Comme je l'ai indiqué, la commission a été créée par le président. La dernière fois qu'une commission présidentielle s'est penchée sur la santé mentale aux États-Unis, c'était il y a 25 ans, sous le président Carter.

Sur cette deuxième diapo, vous voyez un extrait du décret qui a chargé notre commission de proposer des améliorations afin d'aider les adultes qui ont des maladies mentales graves et les enfants qui ont des troubles émotifs graves à vivre, travailler, apprendre et participer pleinement à la société dans laquelle ils vivent. Ce décret me semblait — et me semble toujours — inviter implicitement le système de soins de santé mentale à sortir de l'ornière des soins d'entretien pour se tourner vers des traitements et des soutiens qui aideraient ces personnes à vivre leur vie comme elles l'entendent.

Je ne vais pas m'attarder là-dessus, car les honorables sénateurs savent déjà — ou se pencheront là-dessus dans le cadre de leur étude — que les maladies mentales constituent un fardeau considérable et ont une incidence énorme. Vous voyez ici une diapo de l'Organisation mondiale de la santé, qui examine les causes des décès par violence dans le monde et conclut que le suicide est une cause de décès aussi importante que le meurtre et la guerre combinés. Nous savons que la maladie mentale est à l'origine de 95 p. 100 des suicides, même si l'alcool ou les drogues sont parfois aussi un facteur. Il s'agit là d'une façon différente de mesurer les conséquences pour la société de ces maladies.

Par ailleurs, les données de l'OMC, dans ce cas-ci, se limitent aux États-Unis, au Canada et à l'Europe occidentale. Ces données indiquent la proportion des handicaps qui sont attribuables à différentes catégories de maladies. La maladie mentale, comme on peut le constater, est une cause de handicap importante. Cela

young and, in many cases, impair their functioning for decades. The impact goes on far longer than it would be for other illnesses that are thought of as more serious, like cancers, for example, that would tend to come on late in life.

The work of this commission was helped considerably by the fact that the Surgeon General of the United States, in 1999, completed a review of essentially all of the science of mental illness and of mental health care. The Surgeon General's report is a resource document that may be of some use to your committee. This slide shows the fundamentals of mental illness as documented in that report. These are conditions that affect many people, which, if treated well and early, have quite good outcomes.

However, most people get no care at all, and the care they get is apt to not be good enough. For example, in respect of people who are treated by their family doctor for depression, we know — in the States anyway — the depression tends to be under-detected and under-treated. We have this paradox of good treatments that are, at least in theory, available, but poor treatment that leads to high morbidity and mortality.

A problem that I believe that the United States and Canada both share is how the structure of our health care delivery systems is a part of the problem, which is why it is fortuitous that your committee has a broader scope than did our commission. One of the ways that I describe this problem is to ask people to think of another category of illness where we have a distinct care system run by government for the sickest people. We would not countenance that for any other major category of illness. Patients with cancer, heart disease or other health problems would get care in the same health care system. However, we have in the U.S., as you have in Canada, systems of care — if we want to be generous enough to call them that — at the state and provincial level that specialize in care for the most seriously mentally ill. I believe that, in and of itself, is a cause of the stigma. When people must rely on a care system run by government, it probably brings a certain amount of negative reputation to it.

This picture that I have included in the documents illustrates how our efforts to reform mental health care in the United States have been in some ways successful, and in other ways causative of other problems. This is a simplified description of what might be described as the theory in the United States over the last generation of how mental health care would be organized. We would have a federal agency, a Department of Mental Health within the state government, a CMHC or mental health centre at the community level — and this mental health centre would coordinate a wide array of services to the individual consumer, knit them together through a case manager.

s'explique en partie par le fait que ces maladies se manifestent généralement à un jeune âge et que, bien souvent, leur effet débilitant se fait sentir pendant des décennies. Leur incidence se poursuit bien plus longtemps que celle d'autres maladies qui sont considérées comme graves, tel le cancer, qui surviennent généralement à un âge plus avancé.

Le travail de notre commission a été grandement facilité par le fait que le directeur du Service de santé publique des États-Unis avait réalisé en 1999 une étude de toutes les données scientifiques concernant les maladies mentales et les soins de santé mentale. Le rapport qui a été publié à la suite de cette étude pourrait être utile à votre comité. Ici, vous voyez les principaux types de maladies mentales répertoriés dans ce rapport. Il s'agit de maladies qui touchent bien des gens et pour lesquelles on peut obtenir de très bons résultats moyennant une intervention précoce et des traitements appropriés.

Mais le plus souvent, ces gens ne reçoivent aucun traitement, et quand ils en reçoivent, les traitements sont insuffisants. S'agissant, par exemple, de ceux qui sont traités par leur médecin de famille pour une dépression, nous savons — aux États-Unis du moins — qu'on a tendance à sous-dépister et à sous-traiter la dépression. D'où ce paradoxe qui veut que l'on ait accès, en théorie du moins, à de bons traitements, mais que les traitements insuffisants conduisent à des taux élevés de morbidité et de mortalité.

Les États-Unis et le Canada ont, à mon avis, ceci en commun que la structure de nos systèmes de prestations des soins de santé fait partie du problème. C'est pourquoi il est heureux que votre comité ait un mandat plus large que celui de notre commission. Pour expliquer la chose, j'invite les gens à penser à une autre catégorie de maladie pour laquelle il existe un système de soins publics distincts pour les plus malades. C'est là quelque chose qu'on ne saurait admettre pour aucune autre des grandes maladies. Ceux qui ont le cancer, une maladie cardiaque ou d'autres problèmes de santé reçoivent des soins dans le cadre d'un seul et même système de soins de santé. Nous avons toutefois aux États-Unis, comme vous au Canada, des systèmes de soins — c'est être généreux de les qualifier ainsi — au niveau étatique et provincial qui se spécialisent dans le traitement des maladies mentales les plus graves. Ce qui suffit à mon avis pour stigmatiser ceux qui ont ces maladies. Quand les gens doivent se tourner vers un système de soins publics, il y a sans doute déjà là un certain élément péjoratif.

Cette image que j'ai incluse dans la documentation montre que, dans certains cas, nos efforts pour réformer les soins de santé mentale aux États-Unis ont donné de bons résultats mais qu'ils sont aussi à l'origine d'autres problèmes. Vous avez là une description simplifiée de la théorie qui a cours aux États-Unis depuis une génération quant à la façon dont les soins de santé mentale devraient être organisés. Nous devrions avoir un organisme fédéral, un ministère de la Santé mentale dans l'appareil étatique, un centre de santé mentale communautaire — ce centre coordonnerait une vaste gamme de services destinés au consommateur qui pourrait accéder à tous ces services par l'entremise d'un gestionnaire de cas.

This view was developed in the United States about 30 years ago. One of the things that followed, when we were going through the period known as deinstitutionalization, was that the federal government was not a good supporter of these needed care programs for people with serious mental illness. Therefore, now many of the mainstream federal programs — our Medicare program, which is, by and large, acute care for the elderly and for some disabled people, and our Medicaid program, which is a health-care and long-term care program for the very poor and disabled, as well as other government programs — got modified to provide at least some care for mental illness.

The result has been this patchwork quilt where we have all these different federal agencies that have some responsibility for mental health care. They tend to work through the corresponding agency at the state level. There is probably some analogue to this in the federal and provincial relationship in Canada. The entities at the state level and then at the local level that are responsible for care are different bureaucracies and different systems, creating the situation where the person with mental illness and the family has to navigate what has become a terribly complicated system; and they must do this, by and large, when they are at their worst.

One of the challenges is that this is a complicated, intergovernmental relationship that has been established over time. It is probably too complicated to just reform our way out of it. That is a challenge we had to deal with. In a sense, the diagnosis that this commission came up with for mental health care is that we have a system in our country, coordinated by states. The states use very different approaches and nobody has figured out a perfect solution. To some extent, as I know is true in Canada, the state's approach to mental health is dependent on the politics and the geography of that state.

We have a specialty system that is not really oriented to recovery. We tend to get people late and keep them in maintenance care. We do not use the best science. At the same time as we have this problem, we have a growing problem of mental health care not being available for people in other settings. In the schools, we have a big problem now with mentally ill people not getting care and ending up in prisons. The system has become a narrow maintenance system that is not very effective across the range of responsibilities and populations. That led this commission to say that we viewed our system as being in shambles.

The logic of what our group proposed was to try to sidestep the notion of reform or reorganization. We had a sense that reform had gotten us into this mess, and we had to have a different language or concept. We ended up being galvanized around this notion of transformation. We do not know exactly what it means, but we think that this transformation means that actions are

Cette vision du système de santé mentale est apparue aux États-Unis il y a une trentaine d'années. Or, pendant la période de désinstitutionnalisation qui a suivi, il s'est avéré que le gouvernement fédéral n'était pas très doué pour appuyer les programmes de soins qu'il aurait fallu mettre en place pour les personnes atteintes de maladie mentale grave. C'est ainsi que beaucoup des programmes fédéraux destinés à l'ensemble de la population — notre régime d'assurance-santé, qui assure essentiellement des soins actifs aux personnes âgées ainsi qu'à certaines personnes handicapées, et notre régime d'assurance-médicaments qui assure aux indigents et aux personnes handicapées les médicaments et les soins de longue durée dont ils ont besoin, de même que d'autres programmes gouvernementaux — ont été modifiés afin d'englober certains soins pour les malades mentaux.

Nous en sommes ainsi arrivés à une mosaïque de programmes où les soins de santé mentale relèvent d'une multitude d'organismes fédéraux différents. Ces organismes exercent généralement leur activité en collaboration avec l'organisme étatique correspondant. Il y a sans doute des analogies à faire ici avec la relation fédérale-provinciale au Canada. Il existe donc des structures et des systèmes différents au niveau étatique et au niveau local qui assurent la prestation des soins, de sorte que les malades mentaux et leurs familles doivent essayer de s'y retrouver dans ce qui est devenu un véritable dédale de programmes, et ce, alors qu'ils sont généralement plus vulnérables.

Le défi est d'autant plus grand que nous avons affaire à une relation intergouvernementale compliquée qui s'est bâtie au fil des ans. Elle est sans doute trop compliquée pour que nous puissions simplement nous en sortir par la voie de la réforme. Dans le diagnostic qu'elle a posé à la suite de notre étude sur les soins de santé mentale, notre commission a conclu en quelque sorte que nous avons un système chez nous qui est coordonné par les différents États. Chaque État a sa façon de faire, qui est très différente de celle des autres, et personne n'a encore trouvé de solution parfaite. Dans une certaine mesure — et je sais que cela vaut aussi pour le Canada —, l'approche de chaque État est fonction de son arrimage politique et de sa géographie.

Nous avons un système spécialisé qui n'est pas vraiment axé sur le rétablissement. En règle générale, les gens y viennent assez tard et n'y trouvent que des soins d'entretien. Le système ne fait pas appel à ce qui se fait de mieux dans le domaine scientifique. À ce problème vient s'ajouter le manque croissant de soins de santé mentale dans d'autres milieux. Dans les écoles, nous avons un gros problème du fait que les jeunes malades mentaux n'y reçoivent pas de soins et finissent par se retrouver en prison. Le système se limite aux soins d'entretien, ce qui n'est pas très efficace ni pour les divers secteurs de responsabilité ni pour les différentes populations. C'est ce qui a amené notre commission à déclarer que notre système est en lambeaux.

Ce que notre commission a fini par proposer reposait sur l'idée qu'il fallait essayer de contourner la notion de réforme ou de restructuration. Nous avions l'impression que la réforme était à l'origine du fouillis actuel et qu'il nous fallait trouver un nouveau concept ou un nouveau terme. Nous avons fini par opter pour le concept de transformation, qui nous a galvanisés. Nous ne savons

necessary at many levels. It is not just a federal problem such that the wisdom will flow out of the national capital and local people will adapt. We need local action as well and we need small and large actions, not just large and unachievable actions. For example, creating a situation wherein individual patients and families are more empowered in their own treatment sounds like a small change but, in the long run, it may be more potent or revolutionary than larger changes. We propose the idea of national vision for mental health care and the establishment of national goals, which we hope would serve to motivate and organize people as well as the stock and trade of any group such as this.

An idea or organizing principle for mental health in Canada as well as in the United States and probably around the world came to this commission in a talk from former First Lady Rosalyn Carter, who is the honorary chair of the last national commission in this country. She reflected with us on what has changed in mental health over the last generation. Ms. Carter said that in reflecting on that, there was one thing that we have going for us today that did not exist a generation ago. One thing has changed that is more significant than anything else: we now understand today that recovery is possible for any individual with a mental illness.

This is a simple but powerful statement that has several meanings in the mind of our commission. First, it is possible for people to get better even if we might have thought years ago that they were "hopeless cases." Second, even if people have a serious illness that may affect them for a decade or longer, they can achieve a good quality of life with the right kind of support. Recovery is not necessarily just a miracle cure but it can be a case of coping well with a devastating illness. Third, recovery for people in the mental health system is beginning to imply hope as a core ingredient of our approach to care, as opposed to a notion that is more passive and oriented to maintenance.

In our report, we proposed to the President that a commitment to a future where recovery or resiliency, especially for children, are the expected outcomes, not just extraordinary outcomes as portrayed in the story of Dr. Nash in the book and film entitled, *A Beautiful Mind*. We have to expect, with a diagnosis of mental illness, that recovery is the outcome and not something extraordinary. This would have to be supported in part by access to care that is early and good as opposed to late and bad.

pas exactement ce que cela veut dire, mais nous pensons que la transformation exige des mesures différentes à bien des niveaux différents. Le problème n'est pas que fédéral, et il ne faut donc pas compter que la sagesse va surgir de la capitale nationale et se répandre à l'échelle locale où les gens devront s'y adapter. Il faut aussi des mesures à l'échelle locale, et il faut des mesures de grande envergure et de moindre envergure, les mesures d'une portée très vaste et irréalisables ne suffisant pas. Ainsi, cela peut paraître mineur comme changement que de créer un contexte dans lequel les patients à titre individuel et leurs familles peuvent davantage décider eux-mêmes de leur traitement, mais ce changement pourrait avoir un effet beaucoup plus important, voire révolutionnaire, que des changements de plus grande envergure. Nous proposons l'idée d'une vision nationale des soins de santé mentale et l'établissement d'objectifs nationaux, qui serviraient, nous l'espérons, à motiver et à organiser les gens et qui seraient le point de départ de toute action concertée à cet égard.

Un des principes qui devraient guider les efforts en santé mentale au Canada tout comme aux États-Unis et sans doute dans les autres pays du monde nous est venu d'un discours de l'ancienne première dame Rosalyn Carter, qui a été présidente d'honneur de la dernière commission nationale qui s'est penchée sur la question aux États-Unis. Nous avons fait appel à elle pour nous aider à comprendre ce qui avait changé en santé mentale au cours de la dernière génération, et Mme Carter nous a dit que nous avions un avantage dans notre réflexion qui n'existait pas une génération auparavant. Le changement le plus important qui soit survenu, c'est que nous savons maintenant que le rétablissement est une possibilité pour n'importe quelle personne qui a une maladie mentale.

Il s'agit là d'une déclaration simple mais puissante qui recouvre plusieurs notions, de l'avis de la commission. Premièrement, les gens peuvent améliorer leur état de santé mentale même si, auparavant, on les considérait comme des «cas désespérés». Deuxièmement, même ceux qui ont une maladie grave qui les suivra pendant des années ils peuvent atteindre une bonne qualité de vie s'ils ont le soutien qu'il leur faut. Le rétablissement n'est pas nécessairement une guérison miraculeuse; il peut s'agir simplement de savoir bien composer avec une maladie dévastatrice. Troisièmement, s'il y a possibilité de rétablissement, c'est que l'espoir doit être une composante essentielle des soins en santé mentale, qui, de ce fait, ne seront plus aussi passifs et axés sur les soins d'entretien.

Dans notre rapport, nous avons recommandé au président de mettre le cap sur un avenir où le rétablissement ou la capacité de récupération, surtout chez les enfants, ferait partie des attentes courantes, au lieu qu'il s'agisse de quelque chose d'extraordinaire comme dans les livres du Dr Nash et le film intitulé *Un homme d'exception*. Quand un diagnostic de maladie mentale est posé, il faut s'attendre au rétablissement de la personne comme étant un résultat, non pas extraordinaire, mais normal. Pour cela, il faudrait avoir accès à des traitements qui soient précoces et bons, plutôt que tardifs et mauvais.

I will end by listing the six goals that we propose as a framework for thinking about how to approach mental health care in the U.S. I will name a few although we made 19 formal recommendations. A couple of them might be salient for members of the committee to consider. Two of the recommendations relate to plans, the first being at the level of the individual consumer. We do not know exactly how to do this, but we believe we need to move in the direction of care being more individualized and geared to a personalized effort so that the family and the individual have greater input and control of their care plan. That does not imply total control but rather a genuine partnership with professionals, as opposed to simply getting a diagnosis and taking the medicine.

The second recommendation may have an analogue in Canada — the notion of moving toward state responsibility for mental health that would be defined somewhat more broadly than it is now. In the United States now, all states would have some entity in government responsible for mental health care. In some cases, such as Ohio, it is actually a free-standing department with its director reporting to the governor. In a number of states, it is a branch or bureau of a health agency. Generally, these agencies have a relatively narrow purview over programs for children and adults with serious mental illness. We have proposed an approach that would turn on incentives between the federal and state governments for the state to take a broader approach to mental health care and think about the mental health of children in the schools, of people who may have been arrested and might be more appropriately given community care, provided they do not represent a danger to others, as opposed to incarceration.

The federal government, through the partial provision of incentives and resources, could encourage this state plan. States would have to step up and make the choice to do it. That approach may have some utility in Canada.

The Chairman: I will make just one observation in respect of your chart about your fragmentation of services after reform. I think our situation is so complicated that I do not even think we could draw the chart. That is how awful it is.

Mr. William Emmet, Coordinator, U.S. Campaign for Mental Health Reform: Honourable senators, it is an honour to be here. I hope that we can have a dialogue that will be beneficial to Canada as well as to the United States. I will say also that it is an honour to follow Mr. Hogan in making a presentation to you. He has done such wonderful work during the course of the campaign and indeed back through his career as a commissioner in Ohio and Connecticut and working with the advocates.

Je vais conclure en énumérant les six objectifs que nous proposons pour circonscrire la réflexion sur la façon d'aborder les soins de santé mentale aux États-Unis. Je vous citerai quelques-unes de nos recommandations, même si nous en avons fait dix-neuf en tout. Deux d'entre elles pourraient intéresser plus particulièrement les membres de votre comité. Il s'agit de deux recommandations qui visent l'établissement de plans, d'abord au niveau du consommateur individuel. Nous ne savons pas exactement comment la chose pourrait se faire, mais nous sommes d'avis qu'il faut s'orienter vers des soins plus individualisés et davantage axés sur un effort personnalisé afin que la famille et le patient aient davantage leur mot à dire dans le plan de traitement. Ce que nous préconisons, ce n'est pas un pouvoir de décision absolue, mais plutôt un véritable partenariat avec les professionnels, au lieu que le rôle du patient se limite à recevoir le diagnostic et à subir les traitements.

Quant à la seconde recommandation, il y a peut-être déjà quelque chose d'analogue au Canada. Il s'agit de faire en sorte que chaque État assume une responsabilité plus large en ce qui concerne la santé mentale. À l'heure actuelle, tous les États américains ont une entité gouvernementale quelconque qui a la responsabilité des soins de santé mentale. Certains États, comme l'Ohio, ont en fait un ministère distinct dont le directeur relève du gouverneur. Dans un certain nombre d'autres États, la responsabilité de la santé mentale incombe à une direction ou à un bureau en particulier d'une agence de santé. En règle générale, ces agences n'ont qu'une responsabilité assez limitée en ce qui concerne les programmes destinés aux enfants et aux adultes qui ont de graves maladies mentales. Nous avons proposé une approche qui s'articulerait autour d'un certain nombre d'incitatifs au niveau fédéral et au niveau étatique qui encourageraient les États à opter pour un modèle de soins de santé mentale plus englobant, qui tiendrait compte de la santé mentale des enfants dans les écoles ainsi que de personnes condamnées pour qui des soins dispensés dans la collectivité pourraient être plus appropriés que l'incarcération, à condition qu'elles ne représentent pas un danger pour autrui.

Le gouvernement fédéral, par une contribution partielle sous forme d'incitatifs et de moyens, pourrait encourager les États à avancer dans cette voie. La participation des États serait volontaire. C'est là un modèle qui pourrait être intéressant pour le Canada.

Le président: Je voudrais simplement faire une observation au sujet de votre tableau illustrant la fragmentation des services après la réforme. Chez nous, la situation est tellement compliquée que nous ne pourrions sans doute même pas en dresser le tableau. C'est vous dire à quel point elle est enchevêtrée.

M. William Emmet, coordonnateur, U.S. Campaign for Mental Health Reform: Honorables sénateurs, c'est pour moi un honneur de venir témoigner devant vous. J'espère que nous aurons un dialogue qui profitera au Canada tout comme aux États-Unis. Je dois dire aussi que c'est un honneur de succéder à M. Hogan à la barre des témoins. Il a vraiment fait des choses extraordinaires tout au long de la campagne, voire même à l'époque où il était commissaire dans l'Ohio et au Connecticut et qu'il travaillait avec les militants.

I pay compliments to Mr. Hogan because I think my presentation will echo his in many ways, at least in terms of the themes so I hope you will bear with me on that. That will be instructive because the themes emerging in the United States may be of some use to you here in Canada.

The campaign for mental health reform is a unified mental health advocacy effort that is unprecedented in the United States. Typically in the past, various advocacy organizations, provider associations, professional guilds, and other agencies have often pursued their unique and often competing interests and not worked together very effectively. The campaign, with 16 member organizations, was organized when we anticipated the report of the New Freedom Commission on Mental Health. We were organized specifically to support and build on the recommendations of the President's New Freedom Commission and to ensure that United States mental health policy would reflect on-going advances in the field.

As I began think about making this presentation to you, I realized that a brief survey might be in order. I looked at what has happened over the last several presidential administrations. During his administration, former President George H.W. Bush signed the Americans With Disabilities Act in 1990. Critically, and against some opposition, the drafters of that legislation included psychiatric disabilities among the disabilities covered by the law. As a result, the particular rights of people with psychiatric disabilities are protected by the law in a way that they were not protected prior to the ADA. These include the right to accommodation for one's disability in the place of employment or education and the right to appropriate housing for people with disabilities in the community.

The United States Supreme Court handed down an important ruling on the applicability of the ADA in 1999. In the *Olmstead* decision, the court interpreted the ADA to mean that states must provide services in the most integrated setting appropriate to the needs of qualified individuals with disabilities. The effect of this ruling has been to force a number of states to reassess the programs they offer for all people with disabilities and to consider how they allocate resources for these populations. In some states, this has worked to accelerate activities that go as far back as the 1960s to make community placements available for people with psychiatric disabilities. The ADA dealt with rights but it did not look at the nature of the services to which people have a right.

Proceeding with the survey, the next great leap forward in our nation's understanding of the needs of people with mental illnesses came during the administration of President Bill Clinton. He held a 1998 White House conference on mental health, signalling the administration's strong interest in the issue. More important was the report of the United States Surgeon

Je tiens à rendre hommage à M. Hogan, car mon exposé reprendra sans doute une bonne partie de ses propos, du moins pour ce qui est des thèmes. Je demande donc votre indulgence. Vous pourrez peut-être en tirer des leçons puisque les thèmes qui émergent aux États-Unis pourraient vous être d'une certaine utilité ici au Canada.

La campagne en faveur de la réforme de la santé mentale est un effort concerté de promotion de la santé mentale sans précédent aux États-Unis. Par le passé, les divers organismes de promotion, les associations de fournisseurs, les ordres professionnels et les autres organismes avaient souvent tendance à poursuivre leurs intérêts propres, qui bien souvent étaient contradictoires, et ne collaboraient pas de façon très efficace. La campagne, qui compte 16 organisations membres, a été organisée en prévision du rapport de la New Freedom Commission on Mental Health. Nous avons expressément pour mandat d'appuyer les recommandations de la commission et d'en assurer le suivi afin que la politique américaine en matière de santé mentale reflète les progrès réalisés dans le domaine aujourd'hui et demain.

Quand je me suis mis à réfléchir à l'exposé que je pourrais vous faire, je me suis rendu compte qu'il y aurait peut-être lieu de vous présenter un petit historique. Je suis remonté dans le temps pour voir ce qui s'était passé au cours des quelques dernières administrations présidentielles. Ainsi, l'ancien président George H.W. Bush a signé en 1990 la loi intitulée Americans With Disabilities Act. Fait notable, et malgré une certaine opposition, les déficiences psychiatriques figurent au nombre des déficiences visées par cette loi. Depuis, les droits individuels des personnes ayant des déficiences psychiatriques sont donc protégés comme ils ne l'étaient pas auparavant. Ces personnes ont notamment le droit à certains aménagements dans leur lieu de travail ou d'études pour tenir compte de leur handicap et elles ont le droit à un logement convenable qui tient compte de leur handicap dans leur collectivité.

La Cour suprême des États-Unis a rendu une décision importante sur l'applicabilité de cette loi en 1999. Dans la décision *Olmstead*, la cour a statué que la loi Americans With Disabilities Act impose aux États l'obligation d'assurer des services dans le cadre le plus intégré possible qui conviennent aux besoins des personnes admissibles qui ont un handicap. La décision a eu pour effet de contraindre un certain nombre d'États à réévaluer les programmes qu'ils offrent à toutes les personnes handicapées et à réexaminer la répartition des ressources destinées à ces populations. Certains États ont ainsi accéléré leurs efforts, qui dans certain cas remontaient aux années 60, pour assurer des places dans la collectivité aux personnes ayant une déficience psychiatrique. La loi Americans With Disabilities Act traitait des droits de ces personnes mais pas de la nature des services auxquels elles ont droit.

Si nous poursuivons notre historique, le prochain jalon important dans la voie de la compréhension des besoins des personnes ayant une maladie mentale aux États-Unis a été posé sous le président Bill Clinton. En 1998, M. Clinton a tenu une conférence de la Maison-Blanche sur la santé mentale, indiquant ainsi l'intérêt marqué de son administration pour cette question.

General, which Dr. Hogan mentioned a moment ago. It was issued in 1999 by Mr. David Satcher, the Surgeon General at the time.

This comprehensive report compiled what was then known about mental health and the causes and treatment of mental illnesses. It brought in numerous experts and sources. The report remains today a great foundational document for mental health policy in the United States, referred to by consumers, families, providers, administrators and policy-makers as the most balanced and inclusive survey of the issues.

The great message of the Surgeon General's report is that while there is much yet to learn, we know a great deal about services and treatments that improve the lives of people with mental illnesses, yet tragically, our treatment systems fail to make these effective services accessible to the majority of those who need them.

During the presidential campaign of 2000, then-governor George W. Bush pledged to address the state of mental health care in the United States. Reminded of his pledge after his victory, President Bush, in 2002, named Dr. Hogan to chair the commission charged with studying mental health service delivery in the nation and making recommendations to improve it. Acknowledging in its interim report that the system is in shambles, the President's New Freedom Commission on Mental Health pointed the way to transformation of the system to one that rests on the belief that recovery from mental illness is indeed possible.

The six goals for transformation of the system laid out by the commission in its final report are actionable, as Dr. Hogan said, at the local, state and federal levels. While the commission report is intentionally short on detail, it does provide a very useful and farsighted framework for getting at the central problem that was identified by the Surgeon General in his report — that is, we know what services work but we make it very difficult for those who need them to get them.

As you know from your studies of broader health care, many Americans receive health care as a benefit of employment. Typically, however, coverage of mental health care is more limited than is true for coverage of other types of health care. Thirty-four states, approximately, have passed laws that provide for some degree of parity but the federal government has yet to act in a meaningful way to ensure that those companies who are self-insured must provide coverage for mental health conditions similar in scope to coverage for other illnesses. In any case, mental health benefits under these private insurance plans are tightly managed. Again, it is very unlikely that most who are covered will

Un bond encore plus important a été réalisé avec le rapport du directeur du Service de santé publique des États-Unis, dont le Dr Hogan vient de parler. C'est en 1999 que M. David Satcher, directeur du Service de santé à l'époque, a publié ce rapport.

Ce rapport exhaustif était une compilation de ce qu'on savait jusque-là de la santé mentale ainsi que des causes et du traitement des maladies mentales. De nombreux experts y ont participé et ils se fondaient aussi sur de nombreuses sources. Encore aujourd'hui, ce rapport est un important document de base de la politique des États-Unis en matière de santé mentale, et il est considéré par les consommateurs, les familles, les fournisseurs, les administrateurs et les décideurs comme l'enquête la plus équilibrée et la plus inclusive qui ait été faite des questions touchant la santé mentale.

Le principal message de ce rapport du directeur du Service de santé publique, c'est que, même s'il nous reste beaucoup à apprendre, nous en savons déjà beaucoup sur les services et les traitements qui améliorent la vie des personnes ayant une maladie mentale, et pourtant, nos systèmes de traitement ne réussissent malheureusement pas à rendre ces services efficaces accessibles à la majorité de ceux qui en ont besoin.

Pendant la campagne présidentielle de 2000, le gouverneur Georges W. Bush avait promis de s'attaquer à l'état des soins de santé mentale aux États-Unis. Quand on lui a rappelé cette promesse après sa victoire, le président Bush, en 2002, a nommé le Dr Hogan à la tête de la commission qu'il a chargée d'étudier la prestation des services de santé mentale aux États-Unis et de formuler des recommandations en vue de l'améliorer. Reconnaissant dans son rapport provisoire que le système est dans un état lamentable, la commission sur la santé mentale créée par le président a voulu montrer la voie vers la transformation du système afin de l'arrimer à la conviction que les personnes ayant une maladie mentale peuvent effectivement se rétablir.

Les six objectifs de la transformation du système qui ont été énoncés par la commission dans son rapport final peuvent être réalisés, comme l'a expliqué le Dr Hogan, par des mesures prises aux niveaux local, étatique et fédéral. Si elle a évité à dessein d'entrer dans le détail dans ce rapport, la commission y élabore un cadre bien pensé et axé sur une vision à long terme qui permettra de s'attaquer au noeud du problème, tel qu'il avait été défini dans le rapport du directeur du Service de santé publique, à savoir que les services donnent de bons résultats mais que nous en rendons l'accès très difficile pour ceux qui en ont besoin.

Comme vous le savez d'après les études que vous avez faites sur les soins de santé en général, pour beaucoup d'Américains, les soins de santé sont assurés par leur employeur. En règle générale, cependant, la couverture en matière de soins de santé mentale est plus limitée que pour les autres types de maladies. Quelque 34 États ont adopté des lois qui prévoient une certaine parité, mais le gouvernement fédéral n'a toujours pas pris de mesures concrètes pour faire en sorte que les entreprises qui ont leur propre régime d'assurance y incluent les soins de santé mentale au même titre que les autres types de soins. Quoi qu'il en soit, ces régimes d'assurance privés gèrent de façon très stricte les

have access to the services they need, as a result.

Approximately 43 million U.S. citizens are not covered by private insurance. For the portion of this population with mental health care needs the nation's publicly funded mental health system is the only option other than receiving no care at all. The public mental health system is a \$23-billion system. It serves approximately 6.1 million people annually in all 50 states, four territories and the District of Columbia. In the United States, responsibilities for public mental health care are shared among the three levels of government, as Dr. Hogan pointed out. The system has evolved considerably from the time it was almost entirely based on institutions operated by the states. Today, the number of hospitals and the populations of those state hospitals have been significantly reduced but more than 40 years after President Kennedy first signed legislation creating community mental health centres, the goal of access to comprehensive services in the community remains elusive in many places.

Both the President's commission and the Surgeon General made it clear in their reports that there are pockets of excellence in the provision of mental health care services in the U.S. However, they also pointed to the fact that identifiable segments of American population — minorities and people who live in rural areas for instance — receive markedly poorer services or no services at all. Both reports noted the rise in the use of evidence-based practices but they also called attention to the 12- to 15-year lag in the implementation of research-based interventions. They found that poor or ineffective treatment remained the rule in many parts of the country.

Dr. Hogan and the commission certainly cited fragmentation of mental health care as the major impediment to availability of consistent high-quality services in communities across the country. The commission noted that fragmentation is largely the result of our nation's patchwork financing of services. Today, funding comes from local, state and federal sources, again illustrated very well by Dr. Hogan.

Federal funding comes through a variety of departments and agencies but the major federal funds specifically earmarked for mental health services — the Mental Health Block Grant — typically constitute about 1 to 3 per cent of a typical state's overall spending on mental health services. On the other hand, Medicaid is the fastest growing source of funds spent on mental health services in the states. As a medical entitlement program it covers only certain approved services, however, and it requires matching contributions from the states that are increasingly difficult for the states to make in these tight budgetary times. Too often lost in the mix is sufficient funding to meet the rehabilitative

prestations de santé mentale. Aussi, je le répète, la plupart de ceux qui participent à ces régimes n'ont fort probablement pas accès aux services dont ils ont besoin.

Quelque 43 millions de citoyens américains ne bénéficient pas d'un régime d'assurance privé. Ceux d'entre eux qui ont besoin de soins de santé mentale n'ont accès qu'au système de soins de santé mentale financé à même les fonds publics, s'ils veulent se faire soigner. Le système public coûte 23 milliards de dollars et sert chaque année quelques 6,1 millions de personnes réparties dans les 50 États, les 4 territoires et le district de Columbia. Aux États-Unis, la responsabilité des soins de santé mentale publics est partagée entre les trois paliers de gouvernement, comme l'a fait remarquer le Dr Hogan. Le système a évolué considérablement depuis l'époque où il était composé presque uniquement d'établissements administrés par les États. De nos jours, ces établissements hospitaliers sont beaucoup moins nombreux et leur population est beaucoup moins nombreuse qu'autrefois, mais il y a maintenant plus de 40 ans que le président Kennedy a signé la première loi créant des centres de santé mentale communautaires, et l'objectif de l'accès à des services complets dans la collectivité demeure inatteignable dans bien des endroits.

La commission du président et le directeur du Service de santé publique ont tous deux clairement établi dans leurs rapports qu'il existe des regroupements d'excellence dans la prestation des soins en santé mentale aux États-Unis. Cependant, ils ont aussi mentionné le fait que des groupes identifiables de la population américaine — des minorités et des gens qui vivent dans des zones rurales par exemple — n'avaient accès qu'à des services nettement inférieurs ou n'en obtenaient pas du tout. Dans les deux rapports, on signale le recours accru à la médecine factuelle et on attire aussi l'attention sur le retard de 12 à 15 ans en matière de mise en oeuvre des interventions fondées sur la recherche. On y constate que dans de nombreuses régions du pays, les traitements de piètre qualité ou inefficaces demeurent la règle.

Le Dr Hogan et la commission ont affirmé que la fragmentation des soins en santé mentale était le principal obstacle à l'accessibilité constante des services de qualité dans les collectivités de tout le pays. La commission mentionnait que la fragmentation résultait en grande partie de la disparité des modes de financement des services dans notre pays. À l'heure actuelle, le financement est assuré par des sources locale et fédérale et par les États eux-mêmes, comme l'a encore très bien montré le Dr Hogan.

Le financement fédéral provient de divers départements et agences et l'essentiel des fonds fédéraux précisément alloués aux services de santé mentale, la Mental Health Block Grant, représentent généralement de 1 à 3 p. 100 de la moyenne des dépenses globales d'un État en matière de services de santé mentale. Par ailleurs, Medicaid constitue dans les États la source de financement des services de santé mentale qui croît le plus rapidement. Medicaid est un programme d'assurances-maladie qui ne couvre cependant que certains services approuvés et il dépend de contributions de contrepartie des États, que ces derniers ont de plus en plus de mal à verser en cette période de

needs of adults and children with mental illnesses.

The inability of parallel systems to communicate with each other is costing many jurisdictions. The mental health system is not coordinating well with its counterparts in housing, employment, education, general health care, criminal justice and on down the line. Fragmentation has many consequences. At a minimum, it results in a system that is very difficult for people in need of services to understand or navigate. Many are unaware of available services; others are frustrated by the system's confusion and simply stay away.

The costs of these failed connections and consequent untreated mental illness are enormous. Approximately 16 per cent of the 2 million American men and women in jails and prisons at any one time have a diagnosable mental illness. Perhaps 30 to 40 per cent of our nation's homeless persons have a diagnosable mental illness and some estimates range much higher. Nearly 30,000 people take their own lives each year, and over half a million people visit hospital emergency rooms due to self-inflicted injury. As revealing as these data are, they do not show the loss of hope and productivity suffered by adults and children with untreated mental illnesses, or the burdens so frequently carried by their families.

A major recommendation of the President's commission is the development of mechanisms for comprehensive state-wide planning for mental health service delivery. Significantly, funding for grants to help a number of states begin this process is proposed in President Bush's budget, now before Congress. Despite large cuts proposed in some other mental health programs in that budget, advocates are supportive of this initiative because it is an attempt to address the problem of fragmentation that seems to be one of the root causes of the ineffectiveness of our system.

That is just a brief survey. It has been encouraging to see mental health service delivery and policy studied seriously in recent years by the Surgeon General and the President's commission. It is particularly helpful to see the identification of effective evidence-based practices now under way in the U.S. and to note the emergence of new thinking for organizing and financing mental health services. We still feel, however, that the consequences of our nation's failure to recognize the benefits of effective mental health services are poorly understood by American policy-makers. The stigma remains an immense barrier to this understanding and many productive lives are being lost as a consequence.

difficultés financières. Il n'arrive que trop souvent que les fonds manquent pour répondre aux besoins en réadaptation d'adultes et d'enfants ayant une maladie mentale.

L'incapacité des systèmes parallèles à communiquer entre eux nuit à de nombreux intéressés. Le système de santé mentale n'assure pas une bonne coordination avec ses homologues en matière de logements, d'emplois, d'éducation, de soins de santé, de justice pénale et ainsi de suite. La fragmentation a de nombreuses conséquences. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'elle fait en sorte qu'il est très difficile aux gens qui ont besoin de services de s'y retrouver ou de s'orienter. Beaucoup ne savent pas que des services existent; d'autres sont découragés devant la confusion du système et n'y font tout simplement pas appel.

Le coût de ce manque de communications et donc de l'absence de traitements des maladies mentales est énorme. On peut diagnostiquer la présence d'une maladie mentale chez environ 16 p. 100 des 2 000 000 d'Américains et d'Américaines qui sont détenus en prison. On peut aussi poser un diagnostic de maladie mentale chez 30 à 40 p. 100 des itinérants aux États-Unis, et selon certaines estimations, ce pourcentage serait encore plus élevé. Près de 30 000 personnes se suicident chaque année, et plus d'un demi-million de personnes se présentent à l'urgence après s'être infligées des blessures. Si accablantes que soient ces données, elles ne rendent pas compte du désespoir ni de la perte de productivité des adultes et des enfants qui ont une maladie mentale et qui ne sont pas soignés, pas plus que du fardeau que portent souvent les familles.

Une des principales recommandations de la commission du président consiste à concevoir des mécanismes en vue de la planification à l'échelle de l'État d'un système complet de prestation de services de santé mentale. Fait important, le financement de contributions visant à aider divers États à entamer ce processus fait l'objet d'une proposition dans le budget du président Bush qui est maintenant à l'étude au Congrès. Malgré d'importantes compressions proposées dans ce budget en ce qui concerne d'autres programmes de santé mentale, les militants sont en faveur de cette initiative parce qu'elle vise à régler le problème de la fragmentation qui semble être une des principales causes de l'inefficacité de notre régime.

Ce n'était là qu'un bref aperçu. Il est encourageant de voir que dans les dernières années le directeur du Service de santé publique et la commission du président ont étudié sérieusement la politique des services de santé mentale et le mode de prestation de ces derniers. Il y a lieu de se réjouir tout particulièrement du fait qu'aux États-Unis on est en train en ce moment de cerner d'efficaces méthodes de médecine factuelle et qu'on constate l'apparition de nouveaux modes d'organisation et de financement des services de santé mentale. Nous sentons encore cependant que les artisans de la politique américaine ne comprennent pas encore pleinement les conséquences de notre incapacité à reconnaître les avantages de bons services de santé mentale. Le malaise qui entoure cette question demeure un obstacle majeur à sa compréhension et c'est ainsi que de nombreuses vies demeurent improductives.

On behalf of the campaign for mental health reform, I certainly wish you success in your efforts and again, thank you for the opportunity to have a conversation with you.

The Chairman: I thank you both for your comments.

I have two questions that have begun to trouble us a bit. One has to do with the structure of the system. You both point out the importance of having both the consumer and the consumer's family involved in decisions, which would be an ideal in a much more individualized design to the program. At the same time, to the extent that you move in that direction, you also move away from what most people would think of as a system in the sense that you are introducing a degree of individualization. In this country the more individualized you get and the less broad the system from a public policy standpoint, the worse it is.

It seems to me there are inherently conflicting elements here. One is the clear desire for national set of goals instead of provincial goals and a clear set of programs, all of which by their very nature historically in this country would be very non-individualized. People would be forced to fit into the designs of the program. I should like to know if either of you could comment on that.

The second issue that has come before us repeatedly is the need to deal with the very early identification of issues, particularly with children. That occurs largely within the school system. We have a not insignificant problem in the sense that constitutionally, the federal government has no jurisdiction whatsoever with any part of the education system. Health departments provincially do not deal with the education system either. It operates very much like an island unto itself.

Dr. Hogan talked about incentives. Have you any thoughts on how you get rid of the barriers that do not have anything to do with mental health but have to do with the education system being an island unto itself and the acute care being an island unto itself? The mental health system, which is not a system at all, is floating out there in never-never land. Have you any comments on either of those issues?

Until we begin to address those broad systemic questions, it will be difficult to get a handle on concrete solutions as opposed to putting ourselves in the position of being in favour of good deeds. One thing that caused our last health care report to be pilloried when it was released was precisely that we were very concrete. People are now turning to that document because we had concrete proposals. We are determined to be as operational as possible.

Dr. Hogan would you share your thoughts on those fairly simple questions?

Mr. Hogan: I would agree with what I hear as the premise of your first question. Individualizing the financing of care is likely to increase fragmentation and move away from an equitable and plentiful approach to that care. My response is a little bit of an equivocation. I would say that a broad approach to care must be the foundation. Within that broad approach to care, the place

Au nom de la campagne pour la réforme en santé mentale, je vous souhaite bonne chance et je vous remercie à nouveau de nous donner l'occasion de vous rencontrer.

Le président: Merci à vous deux.

J'ai deux questions qui commencent à nous préoccuper un peu. L'une a trait à la structure du régime. Vous dites tous deux qu'il est important que le consommateur et sa famille participent aux décisions, ce qui serait l'idéal si l'on concevait un régime beaucoup plus individualisé. Par ailleurs, à mesure que vous prenez cette orientation, vous délaissez aussi ce que la plupart des gens conçoivent comme un régime, du fait que vous introduisez une part d'individualisation. Ici, plus le régime se personnalise et moins son assise est élargie du point de vue de la politique d'intérêt public, pire c'est.

Il me semble qu'il y a là des éléments conflictuels. D'abord le désir manifeste d'établir des objectifs nationaux au lieu d'objectifs provinciaux et d'avoir un ensemble clair de programmes, qui de par leur nature et en raison de l'histoire de notre pays ne seraient pas du tout individualisés. Le programme imposerait un moule aux gens. J'aimerais savoir quel est votre avis sur cette question.

La deuxième question qui nous a été posée à maintes reprises a trait à la nécessité de cerner très tôt la nature des problèmes, et plus particulièrement chez les enfants. Cela se fait dans une grande mesure au sein des systèmes scolaires. Nous faisons face à un problème non négligeable du fait qu'en raison de la Constitution le gouvernement fédéral n'a pas du tout compétence en matière d'éducation. Les ministères de la Santé des provinces ne s'occupent pas non plus d'éducation. Celle-ci fonctionne presque isolément.

Le Dr Hogan a parlé de mesures d'encouragement. Pouvez-vous nous dire comment nous défaire d'obstacles qui n'ont rien à voir avec la santé mentale et tout à voir avec un système d'éducation et des soins actifs qui fonctionnent tout à fait isolément? Le système de services de santé mentale, qui n'est pas du tout un système, flotte quelque part dans les limbes. Pourriez-vous répondre à ces deux questions?

Tant que l'on ne s'attaquera pas à ces deux grandes questions systémiques, il sera difficile de concevoir des solutions concrètes et de cesser de se contenter de pieux espoirs. Si notre dernier rapport sur les soins de santé a été mis au pilori à sa parution, c'était précisément parce que nous y propositions des mesures bien concrètes. On revient maintenant à ce document parce que nous y faisons des propositions concrètes. Nous sommes résolus à présenter les propositions les plus concrètes possible.

Docteur Hogan, voudriez-vous nous dire ce que vous répondriez à ces simples questions?

M. Hogan: J'accepte la prémisse de votre première question. L'individualisation du financement des soins de santé va probablement accroître la fragmentation et empêcher une approche équitable et généreuse des soins. Ma réponse est quelque peu nuancée. Je dirais qu'au point de départ il faut avoir une large approche des soins. Dans cette approche, le

where the patient's involvement is really critical is in the negotiation of a plan of care. That negotiation of a plan of care ought to be a partnership. There is a balancing act there.

One should not individualize the financing of care. There should be a broad equitable program. However, there should be encouragement, incentives and supports for physicians and other caregivers to treat consumers and patients as informed co-participants. One thing that we have learned about recovery is that we do not have cures for these illnesses. We can provide treatments, but then people have to learn how to live with the illness and how to accommodate the illness. That works much better when they feel that they are a part of the game and not being treated as an afterthought. That would be my response to your first point.

You are absolutely right about the imperative of early intervention. Our commission spent a considerable of time focusing on that. We are now starting to understand that the cause of many problems for children can be in their mother's depression, as an example. The mother's illness makes it much harder for her to play with her baby and allow the baby to connect those emerging neuro-pathways that allow us to grow up self confident with the ability to develop relationships and to succeed in life. We would do much for later mental health and school success if we did a better job of identifying and treating depression in mothers.

One of the "model programs" the commission recommended we look at is one called the "Nurse-Family Partnership," which was developed a number of years ago in upstate New York. This program involved nurses working with very poor at-risk moms to help them be better parents and address their issues. That effort, which is not a mental health program at all, has had very positive mental health outcomes and resulted in lower school dropout rates and less juvenile delinquency for those kids 15 or more years later.

I would agree with you about the necessity for and the challenges in creating partnerships among schools and health care and mental health providers. In my state, Ohio, we have been working very hard to do this. Our efforts have ended up being largely on a voluntary basis of bringing together the people that are the champions of this approach. We are finding a tremendous movement in that regard. It is by no means complete. Much of it comes from our understanding that, as mental health professionals, we cannot walk into a school and tell a principal that we are from mental health and we are here to help. That is a giant turn-off; it is not relevant to them. However, if we say that we have some skills in helping children with problems including problems of learning, they tend to be very receptive. We can then create a good partnership.

moment où intervient le patient est vraiment critique à la négociation d'un plan de traitement. La négociation de ce plan de traitement devrait se faire dans le cadre d'un partenariat. C'est une question d'équilibre.

Il ne faudrait pas individualiser le financement des soins. Il devrait y avoir un vaste programme qui soit équitable. Cependant, il faudrait des mesures d'encouragement et de soutien pour les médecins et les autres soignants pour les inciter à traiter les consommateurs et les patients comme des participants informés. Une chose que nous avons apprise au sujet du rétablissement, c'est que nous ne pouvons pas guérir les gens de ces maladies. Nous pouvons leur fournir des traitements, mais ils doivent apprendre à vivre avec la maladie et s'en accommoder. On y parvient beaucoup mieux quand ils se sentent intégrés et non pas pris en charge par défaut. Voilà ma réponse à votre première question.

Vous avez tout à fait raison de dire qu'il est impératif d'intervenir tôt. Notre commission a longuement examiné cet aspect. Nous commençons maintenant à comprendre que de nombreux problèmes des enfants peuvent s'expliquer par la dépression de la mère, par exemple. Une mère malade a beaucoup plus de mal à jouer avec son bébé et à stimuler ainsi chez lui de nouvelles connexions neurologiques qui lui permettront d'acquérir la confiance nécessaire pour établir des relations et réussir dans la vie. Nous contribuerions grandement à la santé mentale et à la réussite scolaire des enfants si nous parvenions mieux à diagnostiquer la dépression chez les mères et à les soigner.

L'un des programmes modèles que la commission nous avait recommandé d'examiner s'appelle le Nurse-Family Partnership, qui a été mis au point il y a bien des années dans la région nord de l'État de New York. Dans ce programme, des infirmières travaillent auprès de mères à risque très pauvres pour les aider à mieux prendre soin de leurs enfants et à faire face à ces questions. Ce programme, qui n'est pas du tout un programme de santé mentale, a d'excellents résultats sur la santé mentale et a fait chuter les taux d'abandon scolaire et de délinquance juvénile qu'on aurait pu enregistrer chez ces enfants 15 ans plus tard.

Je reconnais avec vous qu'il est à la fois nécessaire et difficile de créer des partenariats entre les écoles, les services de santé et les fournisseurs de soins de santé mentale. En Ohio, où je vis, nous y travaillons d'arrache-pied. Nous nous efforçons de rassembler, de façon bénévole dans une large mesure, les champions de cette approche. Nous constatons une remarquable tendance en ce sens. Tout n'est pas acquis bien sûr. C'est que nous savons bien, en tant que professionnels de la santé mentale, que nous ne pouvons pas nous présenter à une école et dire au directeur que nous sommes des services de santé mentale et que nous sommes là pour l'aider. On ne peut faire rien de pire pour se le mettre à dos; cela ne les intéresse pas. Cependant, si nous disons que nous avons certaines qualifications pour aider les enfants qui ont des problèmes, notamment des problèmes d'apprentissage, ils ont tendance à se montrer très réceptifs. Nous pouvons alors créer un bon partenariat.

Our approach is to encourage people to think about what might be described as the social, emotional and behavioural side of growing up as a part of the process of schooling. We then encourage our mental health care workers to spend some time in the schools — not to treat kids, but to be available as a resource. That is a bit of an oversimplification.

Mr. Emmet: The answer to both of your questions, at least theoretically, lies within the first stated goal of the New Freedom Commission report, which is that mental health is essential to health. That is obviously a theoretical position and does not give you an operational answer.

I will give you an example of what we as advocates think about when we look at consumer and family choice in services. Many providers are now looking at the field of developmental disabilities. There have been some efforts made in the United States to offer clients of those services a menu of options from which they can choose services that are appropriate for them. Now we are trying to determine if there is an analogue to that in mental health care. Is there a way to do that that makes sense and does not cause the problems Dr. Hogan referred to respect of individualized financing of mental health services, but does give some choice to consumers and families.

With respect to children's issues, there are a number of screening tools and instruments emerging across the country and are being found to be effective. Dr. Hogan talked about the way in which to introduce those to the schools. It is not mental health moving in to say that they can help. Rather, it is a joint enterprise to try to create an environment in which kids can learn. Screening for mental health issues is one of those approaches. It is like screening for hearing problems or other issues that may prevent kids from effective learning.

The Chairman: I am intrigued by your comment that including mental health in the American Disabilities Act began to get mental health issues broader into the public policy sphere. You just said you are beginning to ask yourself the question of whether the policies and programs that deal with the disabled can treat mental illness as a disabling illness as opposed to a sick illness for which you go into an acute care hospital. Have you been able to learn anything from either the public policy approach or the practical approaches to disabilities?

Mr. Emmet: Absolutely. Dr. Hogan described clearly the fact that mental illness is kind of stuck in between health care and disability. We navigate from one to the other as it suits our purposes. However, if you begin to look at mental health in the paradigm of the public health model, and look at ways to prevent mental illnesses from becoming disabling, it fits into the public health paradigm. There is some intersection there. Does that make sense?

The Chairman: Yes.

Notre approche consiste à inciter les gens à voir les aspects sociaux, émotifs et comportementaux comme faisant partie de l'apprentissage. Nous encourageons ensuite nos travailleurs des services de santé mentale à passer du temps dans les écoles, pas pour soigner les enfants, mais pour être disponibles en tant que ressource. Je simplifie à outrance.

M. Emmet: La réponse à vos deux questions, en théorie, tout au moins, se trouve dans le premier objectif énoncé dans le rapport de la New Freedom Commission: faire comprendre que la santé mentale est essentielle à la bonne santé. C'est bien sûr une position théorique et cela ne vous donne pas de réponse concrète.

Je vais néanmoins vous donner un exemple de ce à quoi nous pensons, nous en tant que militants, quand nous réfléchissons aux choix qu'ont les consommateurs et les familles en matière de services. De nombreux fournisseurs de soins se tournent maintenant vers le domaine des déficiences développementales. Aux États-Unis, on s'est efforcé dans une certaine mesure d'offrir aux clients de ces services diverses options qui leur permettent de choisir les services qui leur conviennent. Nous tentons maintenant de voir s'il y a moyen de faire la même chose pour les soins de santé mentale. Y a-t-il un moyen de le faire qui soit raisonnable et ne cause pas de problèmes. Le Dr Hogan a parlé de l'individualisation du financement des services de santé mentale, et cela donne un certain choix aux consommateurs et aux familles.

Pour ce qui est des enfants, divers modes et outils de dépistage apparaissent dans le pays et on en constate l'efficacité. Le Dr Hogan a parlé du moyen de les introduire dans les écoles. Il ne s'agit pas pour les autorités de la santé mentale d'entrer dans les écoles pour dire qu'elles viennent apporter leur aide. Au lieu de cela, on essaie conjointement de créer pour les enfants un climat propice à l'apprentissage. Le dépistage des problèmes de santé mentale est une de ces approches. C'est comme dépister les problèmes d'audition ou d'autres problèmes qui pourraient empêcher les enfants d'apprendre comme il se doit.

Le président: Je suis fasciné de vous entendre dire que l'inclusion de la santé mentale dans la loi dite Americans with Disabilities Act a permis de faire une plus large place aux questions de santé mentale dans la politique d'intérêt public. Vous venez tout juste de dire que vous commencez à vous demander si les politiques et les programmes qui visent les personnes handicapées peuvent traiter la maladie mentale comme une maladie invalidante plutôt que comme une maladie pour laquelle il faut se faire soigner dans un hôpital de soins actifs. Avez-vous pu apprendre quelque chose soit de l'approche qu'on a en matière de politique d'intérêt public ou des approches pratiques qu'on a face aux déficiences?

M. Emmet: Certainement. Le Dr Hogan a clairement décrit le fait que la maladie mentale est pour ainsi dire coincée entre les soins de santé et les déficiences. Nous passons de l'un à l'autre selon que cela nous arrange. Cependant, si l'on commence à voir la santé mentale dans l'optique du modèle de santé publique, et qu'on cherche des moyens d'éviter que la maladie mentale devienne invalidante, cela cadre avec la santé publique. Il y a un certain recoupement. Vous voyez?

Le président: Oui.

The Chairman: Do you want to add to that, Dr. Hogan?

Mr. Hogan: No, I do not think so.

Senator LeBreton: Dr. Hogan, you talked about the fundamentals of mental illness. At one point, you quoted Rosalyn Carter, saying there has been a big change in thinking. I agree with that.

You also talked about the paradox of good treatments being available but not being accessed. Are these low rates of access a result of the stigma, or is it because there is really no entity in government responsible for coordinating and pulling together all the various facets of mental health care? Is the stigma still a big barrier to people seeking access to help; or is it system failure; or both?

Mr. Hogan: The short answer is it really is all of the above. When our President gave his talk kicking off this commission, he posited that there were three big things keeping people from getting the care they needed. The first was stigma, in fact — and we know that still is an issue. The second was the problems in insurance coverage, which are, to some extent, related to the peculiar way in which we handle health insurance coverage in the United States. The third barrier he described was the problem of fragmentation.

His inventory was good. However, it is even more complicated than that. It depends somewhat on the kind of condition that one has. For someone with depression, for example, the very fact of the disease may make them less able to recognize their problem; and it may sap their motivation to do anything about it or to seek help. We also know that for most illnesses, until they get very severe, to come to the attention of public authorities, for example, people are probably most likely to go to their paediatrician or family physician. The training, at least in the United States, that physicians get, and the amount of time they have to work with patients to identify a problem, are inadequate to the task of identifying these sometimes complicated problems where you have to really talk to a person about their behaviour to assess what is going on.

Stigma is a problem. Access to health care generally is a problem. Physicians and others such as teachers are not as able to identify these problems well. Then, after all those problems you get into the supply being adequate.

There is this paradox of how there are many more services now than there were a decade ago, and the people who are lucky enough to use them do well. However, the fact that there are all these services has made things much more complicated at the community level, so families do not know where to turn when a

Le président: Voulez-vous ajouter quelque chose, docteur Hogan?

M. Hogan: Non, je ne pense pas.

Le sénateur LeBreton: Docteur Hogan, vous avez parlé des éléments fondamentaux de la maladie mentale. À un moment donné, vous avez cité Rosalyn Carter, pour dire que les mentalités avaient beaucoup changé. Je suis d'accord.

Vous avez aussi parlé de cette situation paradoxale qui fait que de bons traitements sont disponibles mais qu'on ne s'en prévaut pas. Est-ce que ces faibles taux d'utilisation s'expliquent par la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale, ou est-ce parce qu'il n'y a pas vraiment d'entité gouvernementale chargée de la coordination et de l'organisation de toutes les diverses facettes des soins de santé mentale? Est-ce que cette stigmatisation est encore un grand obstacle pour les gens qui cherchent de l'aide; ou est-ce dû à un manque de système ou aux deux?

M. Hogan: Pour répondre brièvement, je dirais que c'est un peu tout cela. Quand le président des États-Unis a prononcé son allocution pour lancer cette commission, il a avancé qu'il y avait trois grandes choses qui dissuadent les gens d'obtenir les soins dont ils avaient besoin. D'abord, cette stigmatisation, en fait — et nous savons que cela pose toujours un problème. Deuxièmement, il y avait les problèmes de couverture d'assurance, qui dans une certaine mesure sont liés à la façon particulière dont nous envisageons la couverture de l'assurance-maladie aux États-Unis. Le troisième obstacle qu'il a décrit était le problème de la fragmentation.

Son analyse était bonne. Cependant, c'est encore plus compliqué que cela. Les choses dépendent dans une certaine mesure de l'état de santé dans lequel on se trouve. Pour quelqu'un atteint de dépression, par exemple, la maladie même peut faire en sorte que cette personne soit moins en mesure de reconnaître l'existence de son problème; elle peut se trouver ainsi moins motivée à s'occuper de son état ou à demander de l'aide. Nous savons aussi que pour la plupart des maladies, tant que la situation n'est pas très grave, au point de parvenir à l'attention des autorités publiques, par exemple, les gens vont tout probablement aller consulter leur pédiatre ou leur médecin de famille. Tout au moins aux États-Unis, l'information que reçoivent les médecins et le temps qu'ils ont à consacrer aux patients pour dépister un problème ne leur permettent pas de relever ces problèmes parfois compliqués où il faut vraiment discuter avec le patient de son comportement pour évaluer ce qui se passe.

La stigmatisation entourant la maladie mentale est un problème. L'accès à l'ensemble des soins de santé pose un problème. Les médecins et d'autres, comme les enseignants, ne sont pas aussi en mesure de dépister ces problèmes qu'ils devraient l'être. Puis, outre tous ces problèmes, il faut parler de l'adéquation de l'offre.

Paradoxalement, il existe beaucoup plus de services maintenant qu'il n'y en avait il y a une dizaine d'années, et ceux qui ont la bonne fortune d'y recourir s'en portent bien. Cependant, la multiplication de tous ces services fait que les choses se sont beaucoup compliquées à l'échelle communautaire, si bien que les

problem is emerging. That is the challenge of fragmentation. It is a complicated problem, and I may have muddled it because I think your description was really quite clear.

Senator LeBreton: Mr. Emmet, you talked about deinstitutionalization. We have the same problem in this country, taking people out of controlled mental health facilities and more or less putting them on the street. Has deinstitutionalization contributed to the problem, and then extrapolated down to even higher numbers of people suffering from mental illnesses? Where do these people go, in the United States context, or do they fall into the same pattern they have in this country whereby a lot of them ending up in our penal institutions?

Mr. Emmet: It is too simplistic to say that people left the hospitals and wound up in the penal institutions. First, deinstitutionalization has been going on for some time now, and we see that the people who are entering the criminal justice system are very different people today.

In many ways, deinstitutionalization was a great success. There were many people who did not belong in the institutions, and they did leave and start living productive lives — or at least far better lives than they had in the institutions. The problem over time has been that people who formerly would have gone to institutions have not been able necessarily to get the services they need. Therefore, they have wound up being homeless or being involved in the criminal justice system. Many of them have wound up, in fact, in the community mental health system doing pretty well. It is a more complex equation than just that.

Senator LeBreton: I did not mean to suggest that. However, did that not create a problem for the system because many of these people did not belong in these institutions, as you quite rightly pointed out? Most of them went back into the care of their families, but did that not then create a whole other set of problems in the communities?

Mr. Emmet: Absolutely.

Senator LeBreton: What have they done in the United States to try to address that gap?

Mr. Emmet: One of the results of deinstitutionalization was the rise of the family movement, and the rise of the consumer movement in the United States. That was a positive by-product because it created an advocacy base for improved services for people with mental illness. It did not solve the problem for many people because, frankly, the funding was not there for the community services that were promised for people coming out of the institutions.

The problem of closing down the institutions and turning to a community system is something that Dr. Hogan could speak to very well. It has created a whole different set of problems in the

familles ne savent pas à qui s'adresser quand un problème surgit. C'est l'inconvénient de la fragmentation. C'est un problème compliqué, et j'ai peut-être brouillé les pistes car je pense que votre description était vraiment tout à faire claire.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Emmet, vous avez parlé de désinstitutionnalisation. Nous avons le même problème ici, c'est-à-dire qu'on a retiré des patients d'établissements de santé mentale pour les abandonner plus ou moins dans la rue. La désinstitutionnalisation a-t-elle aggravé le problème et fait augmenter le nombre de gens qui souffrent de santé mentale? Où vont ces gens, aux États-Unis? Leur arrive-t-il la même chose qu'ici où un bon nombre d'entre eux aboutissent dans des établissements carcéraux?

M. Emmet: C'est simplifier à outrance que de dire que les gens quittent les hôpitaux pour aboutir dans des prisons. D'abord, la désinstitutionnalisation ne date pas d'hier et nous constatons que les gens qui ont affaire au système de justice pénale sont aujourd'hui très différents.

À bien des égards, la désinstitutionnalisation a été une grande réussite. Il y a bien des gens qui n'auraient pas dû se trouver en institution, et ils en sont partis et ont commencé à mener des vies productives — ou tout au moins à avoir des vies beaucoup plus intéressantes que celles qu'ils auraient menées en institution. Le problème qui s'est posé avec le temps, c'est que des gens qui autrefois auraient été placés en institution n'ont pas été nécessairement en mesure d'obtenir les services dont ils avaient besoin. Par conséquent, ils ont fini par devenir itinérants ou avoir des démêlés avec la justice. Beaucoup de ceux qui ont été pris en charge par le système communautaire de santé mentale s'en tirent plutôt bien. C'est beaucoup plus complexe qu'on ne le pense.

Le sénateur LeBreton: Ce n'est pas ce que je voulais dire. Quand même, est-ce que cela n'a pas créé un problème pour le système parce que beaucoup d'entre eux n'auraient pas dû se trouver dans ces établissements, comme vous l'avez très justement dit? Beaucoup d'entre eux sont retournés dans leurs familles, mais est-ce que cela n'a pas créé tout un nouvel ensemble de problèmes dans les collectivités?

M. Emmet: Effectivement.

Le sénateur LeBreton: Qu'a-t-on fait aux États-Unis pour tenter de combler cette lacune?

M. Emmet: La désinstitutionnalisation a notamment eu pour effet d'entraîner la montée du mouvement de défense des familles et des consommateurs aux États-Unis. C'est une conséquence positive parce qu'elle a entraîné l'apparition d'un mouvement militant pour l'amélioration des services aux personnes atteintes de maladie mentale. Le problème n'a pas été résolu pour autant pour de nombreuses personnes parce qu'à vrai dire, on ne disposait pas du financement nécessaire pour assurer les services communautaires promis pour aider les gens sortant des institutions.

Le Dr Hogan pourrait vous parler de façon très éloquente du problème de la fermeture des institutions et du recours au système communautaire. Il en est résulté tout un nouvel ensemble de

financing of mental health services at the state level. I do not know whether that is fair to kick the question back over to Dr. Hogan, but —

Senator LeBreton: I saw him react when I asked the question, so I will do just that.

Mr. Hogan: I do not know how this has played out in Canada. One of the challenges in the United States is that it was easier to budget for the bricks and mortar and payroll of the institutions than it has proved to be to budget for this complicated, decentralized care system. I have a sneaking suspicion, that is buttressed by some data, that mental health funding over time has fared poorly in that it is harder for governors and legislators to keep their eyes to this very decentralized, dispersed system. It was easier to fund the institution because you had a certain number of beds to staff, and a negotiated labour contract for which you had to cover the costs. When it got turned over to local government, it became a little bit out of sight, out of mind. That may be the complaint of a bureaucrat who does not believe that he is getting enough money, but I think there is some truth to it.

We have not figured out how to make community care, in a sense, as solid as the hospitals were. I would underline one point that Mr. Emmet made: None of us in the field would argue for a minute that we ought to go back. The system of institutions failed to touch most people. Those whom it did touch were confined very expensively and they did not get better. They received “three hots, a cot and health care,” but they were never able to get a life. We cannot go back to that situation but we have not yet solved the problem of creating a care system that is well organized and robust enough to do a good job.

I will go back to something Mr. Emmet said. I do not know how this has been in Canada but by and large in the United States, services for people who have mental retardation are probably, on average, better than are the services for people with a mental illness. Part of that is because of the arcane ways in which our federal Medicaid program funds services more generally for the developmentally disabled. The community services for people who are mentally retarded in this country tend to be better organized, have a clearer advocacy and have more money. Partly due to the disability, folks with mental retardation need to be constantly tended to, whereas people with a mental illness are apt to be more physically and mentally independent. Thus, mental illness is a more complicated problem, in a way.

If it is as true in Canada as it is in the U.S. that things are better in some ways for the mentally retarded than for the mentally ill, some of the ways that services are organized might provide a model. That would not be the actual service delivery but rather

problèmes de financement des services de santé mentale à l'échelle de l'État. Je ne sais pas si je peux renvoyer la question au Dr Hogan, mais...

Le sénateur LeBreton: Je l'ai vu réagir quand j'ai posé la question, et c'est donc ce que je vais faire.

M. Hogan: Je ne sais pas comment les choses se sont passées au Canada. Mais aux États-Unis il était plus facile de financer la gestion traditionnelle et la masse salariale des institutions que de financer ce complexe système de soins décentralisés. Je soupçonne, et des données tendraient à le montrer, que le financement des services de santé mentale a éprouvé des difficultés au fil du temps parce qu'il est plus difficile pour les gouverneurs et les législateurs de surveiller ce système dispersé et très décentralisé. Il était plus facile de financer les institutions parce qu'on avait un certain nombre de lits pour lesquels il fallait assurer une dotation, et une convention collective qui coûtait tant. Une fois tout cela remis aux autorités locales, c'est comme si l'on s'était dit loin des yeux loin du cœur. Ce sont peut-être là les doléances d'un bureaucrate qui ne croit pas obtenir suffisamment d'argent, mais je pense qu'il y a là un fond de vérité.

Nous ne sommes pas parvenus à faire en sorte que les soins communautaires, d'une certaine manière, soient aussi solides que l'étaient les hôpitaux. J'aimerais souligner une chose qu'a dite M. Emmet: personne d'entre nous qui oeuvrons dans ce domaine n'oserait prétendre un seul instant que nous devrions faire machine arrière. Le système des institutions n'est pas parvenu à joindre la plupart des gens. Dans les cas où il y est arrivé, ces gens étaient gardés à grands frais et n'ont pas vu leur condition s'améliorer. Ils avaient trois repas chauds par jour, un lit et des soins de santé, mais ils n'ont jamais pu vraiment vivre. Nous ne pouvons pas revenir à cette situation mais nous n'avons pas encore réglé le problème qui consiste à créer un système de soins bien organisé et suffisamment solide pour faire du bon travail.

J'aimerais reparler d'une chose qu'a dite M. Emmet. Je ne sais pas ce qu'il en est au Canada mais la plupart du temps aux États-Unis les services offerts aux gens qui ont une déficience mentale sont probablement meilleurs que les services offerts à ceux qui ont une maladie mentale. C'est sans doute dû en partie à la façon compliquée dont notre programme fédéral Medicaid finance les services destinés de façon plus générale à la déficience mentale. Les services communautaires pour les gens qui ont une déficience mentale dans votre pays ont tendance à être mieux organisés, à compter sur un meilleur groupe de défense de leurs droits et ont plus d'argent. En raison notamment de leur situation, les personnes ayant une déficience mentale doivent être constamment prises en charge, tandis que les gens qui ont une maladie mentale sont en mesure d'être plus indépendants physiquement et mentalement. Par conséquent, la maladie mentale est un problème plus compliqué, d'une certaine façon.

S'il est tout aussi vrai au Canada qu'aux États-Unis que les choses sont d'une certaine façon plus simples pour les personnes ayant une déficience mentale que pour les gens qui ont une maladie mentale, certaines des façons dont les services sont

the organization and financing of the services.

The Chairman: Anecdotally, I am sure it is true that people who are mentally challenged in Canada do, in fact, receive better service than many others with different mental illnesses. That could be partly because the problem has been recognized for a longer time.

Senator Keon: Mr. Hogan, this is a tremendously interesting area that you are focusing on right now and we have much in common with you. You said in your remarks to not individualize financing. We are committed to a single payer. By the same token, a single payer is giving us big problems when it comes to the big institutions. The single payer is bureaucratic, inefficient, et cetera. Many of us are pushing for a downsizing of that component of our system and, we hope, a sophisticated reorganization of our primary care systems that would allow us to deliver primary care, public health and mental health through the same community clinics.

In Canada, because we are committed to the single payer, we might be able to achieve this. We have to draw the line between the single payer and a paralyzing bureaucracy. I would like to hear your thoughts on how we might glean efficiencies in the community by organizing the community in such a way that, for example, sparsely populated regions could receive one-tenth of a public health officer, one-tenth of a mental health officer and 80 per cent of a family practitioner, be that a nurse practitioner or physician. Would you respond to that, please?

Mr. Hogan: That is a complicated and intelligent question. Some of what I might say may not transfer well. As you were talking, I thought about the limited amount that I know from this fellow that I mentioned, psychiatrist Dr. Hugh Lafave, who worked in Saskatchewan in the 1960s. I heard from him and others about what, at that time, was deemed to be quite successful in mental health reform long before anyone in the United States. The foundational elements of that reform were: first, a strong health care system that provided access to basic health care services, including hospitalization for mental illness as required on a par with hospitalization for any other illness; second, clinics where people could receive medical care; third, a strong reliance on family care, whether the natural family or a family that could be engaged to provide housing and a little oversight for people; and fourth, social workers to organize all of the above. It was quite a simple approach that blended elements of good health care with some of the special requirements for caring for people with mental illness. That is one comment that I would make in response to your question because it is wise to see your single-payer system as the first line of defence for mental health care and to beef up the expectations on that system to diagnose people and to provide routine care for many conditions.

organisés pourraient servir de modèle. Il ne s'agirait pas de s'inspirer du modèle de prestation des services en tant que tel, mais plutôt de l'organisation et du financement des services.

Le président: Soit dit en passant, je suis sûr qu'il est vrai que les gens qui ont une déficience mentale et qui vivent ici au Canada bénéficient en fait de meilleurs services que bien des gens qui sont atteints de maladie mentale. C'est peut-être parce qu'on a reconnu depuis longtemps l'existence du problème.

Le sénateur Keon: Monsieur Hogan, vous vous penchez sur une question extrêmement intéressante et les situations de nos deux pays comportent de nombreux points communs. Vous avez dit dans vos observations qu'il ne fallait pas individualiser le financement. Nous sommes liés à un payeur unique. De ce fait, un payeur unique nous cause de grandes difficultés quand il est question des grandes institutions. Le payeur unique est bureaucratique, inefficace et que sais-je encore. Nous sommes nombreux à demander qu'on rationalise cette composante dans notre système et nous misons sur une réorganisation poussée de nos systèmes de soins primaires qui nous permettrait de fournir des soins primaires, d'assurer des soins de santé publique et de santé mentale par l'intermédiaire des mêmes cliniques communautaires.

Au Canada, parce que nous sommes liés à un payeur unique, nous pourrions y parvenir. Nous devons établir une distinction entre le payeur unique et une bureaucratie paralysante. J'aimerais savoir comment à votre avis nous pourrions améliorer l'efficacité à l'échelle communautaire en organisant la collectivité de manière que, par exemple, des régions peu peuplées puissent bénéficier du dixième des services d'un agent de santé publique, du dixième des services d'un agent de santé mentale et de 80 p. 100 des services d'un médecin de famille, que ce soit une infirmière praticienne ou un médecin. Pourriez-vous répondre à cela, s'il vous plaît?

M. Hogan: C'est une question complexe et astucieuse. Des choses que je dirai pourraient ne pas s'appliquer chez vous. En vous écoutant, je me disais que je savais peu de choses de ce psychiatre que j'ai mentionné, le Dr Hugh Lafave, qui a travaillé en Saskatchewan dans les années 60. À l'époque, je l'avais entendu lui et d'autres parler de ce qui était censé être une réforme très réussie en santé mentale, bien avant qu'on en entende parler aux États-Unis. Cette réforme reposait sur des éléments fondamentaux: d'abord, un solide système de soins de santé assurant un accès à des services de santé de base, notamment l'hospitalisation pour maladie mentale au besoin au même titre que l'hospitalisation pour toute autre maladie; deuxièmement, des cliniques où les gens pourraient recevoir des soins médicaux; troisièmement, une forte dépendance à l'égard des soins donnés par la famille, qu'il s'agisse de la famille naturelle ou d'une famille qui pourrait s'engager à accueillir les patients et à leur assurer une légère surveillance; et quatrièmement, des travailleurs sociaux pour organiser tout ce qui précède. C'était une approche assez simple qui amalgamait de bons soins de santé à certaines des mesures spéciales qu'il faut prendre pour soigner des gens qui ont une maladie mentale. C'est ce que je répondrais à votre question parce qu'il est avisé de considérer votre système à payeur unique comme la première ligne de défense pour les soins de santé

Having said that, for people with the more complicated illnesses such as bipolar disorder or schizophrenia, I believe there is no evidence and no logic suggesting that a single health care system can adequately provide the appropriate care. Their illnesses are so complex and have dimensions of rehabilitation and other things that extend beyond the capacity of the health care system. The notion that you would begin with an emphasis on mental illness in the health care system and then look to complement that with what might be described as a specialty program for some people does make some sense to me.

There are some models in the United States but our health care system is so different. However there are some very good models that would fall under what has generally become the distasteful term of "managed care," whereby a company or in some cases a government is engaged, usually at a capitated rate, to provide a specialty care — for example, for a population of people with mental illness — in consultation and cooperation with primary care. The notion of managed care that has a specialty orientation to mental illness working in concert with a unitary health care system works exceptionally well where it is done well.

I might refer you to a gentleman by the name of Dr. Saul Feldman, Chairman and Chief Executive Officer of United Behavioural Health in San Francisco. It is a large, private company that works under contract with employers and, in some cases states, to coordinate care.

An additional one-liner about this issue is that managed care, funded adequately and done well, seems to be the best approach. The trouble is, often it is not funded adequately in the States and, if it is done poorly, it becomes a disaster.

I may be rambling somewhat but I come back to this notion of relying on the single-payer system as the first line of defence but then recognizing there has to be some kind of specialty entity that takes responsibility for mental health care. That entity has got to work in partnership with the primary-care system and has got to well-manage care for people with more complex illnesses.

Senator Morin: I would like to recognize the remarkable contribution the United States has made in the field of innovation and research in mental disease. We have profited from this in Canada and, I think, throughout the world. This is to follow up on the comments that the chair made at first, concerning the fact that we have a universal health care system but we all strive to practice quality American medicine here in Canada and elsewhere in the world for sure.

I would like to address the matter of costs and cost containment. As you know, in this country we are worried about the sustainability of our universal health care system. Mr. Hogan, did you put a dollar sign on your reforms? If I

mentale et d'accroître les attentes qu'on a à l'égard de ce système pour qu'il soit en mesure de poser des diagnostics et de fournir des soins courants pour de nombreuses conditions.

Ceci dit, pour les gens atteints de maladies plus complexes, comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie, je crois qu'il n'y a ni preuve ni logique suggérant qu'un système de soins de santé unique soit apte à fournir les soins appropriés. Leurs maladies sont si complexes qu'elles ont des aspects de réhabilitation et autres qui dépassent les capacités du système de soins de santé. Il y a par contre une notion qui me paraît sensée: commencer en mettant l'accent sur la santé mentale dans le système de soins de santé, puis offrir en complément ce que l'on pourrait décrire comme un programme spécialisé pour certaines personnes.

Il existe des modèles aux États-Unis, mais notre système à nous de soins de santé est fort différent. Il existe toutefois de très bons modèles, qui relèvent de ce que l'on appelle du bout des lèvres les «soins gérés», où une société ou parfois un gouvernement s'engage à fournir des soins spécialisés, généralement sur une base de paiement par capitation — par exemple, pour une population de personnes atteintes de maladie mentale — en consultation et en coopération avec les soins primaires. Le concept de soins gérés orientés spécialement vers la maladie mentale et offerts de concert avec un système de soins de santé monolithique fonctionne exceptionnellement bien, quand on s'y prend comme il faut.

Je vous renvoie à ce sujet à un monsieur du nom de Saul Feldman, président-directeur général de United Behavioural Health, à San Francisco. C'est une grosse société privée qui travaille sous contrat avec des employeurs et, dans certains cas, avec des États, pour coordonner les soins.

Une dernière petite remarque... Les soins gérés, s'ils sont financés de façon adéquate et bien pratiqués, semblent être la meilleure approche. Le problème est que souvent, aux États-Unis, ils ne sont pas financés de façon adéquate, et si l'on s'y prend mal, cela devient un désastre.

Je m'éloigne peut-être un peu mais j'en reviens à la notion de faire confiance à un système à payeur unique, comme première ligne de défense, mais ensuite de reconnaître qu'il faut une entité quelconque de spécialisation, qui assume la responsabilité des soins de santé mentale. Cette entité doit travailler en partenariat avec le système de soins primaires et doit bien gérer les soins pour les personnes souffrant de maladies plus complexes.

Le sénateur Morin: Je tiens à souligner la contribution exceptionnelle des États-Unis en matière d'innovation et de recherche dans le domaine de la santé mentale. Le Canada en a profité, comme, d'ailleurs, à mon sens, le reste du monde. C'est quelque chose que je voulais ajouter aux observations d'ouverture du président, comme quoi nous avons un système de soins de santé universel mais nous nous efforçons de pratiquer une médecine de qualité américaine, ici au Canada et ailleurs dans le monde, manifestement.

Je voudrais aborder la question des coûts et de la compression des coûts. Comme vous le savez, les Canadiens se préoccupent de la durabilité de leur système de soins de santé universel. Monsieur Hogan, avez-vous chiffré vos réformes? Si je comprends bien,

understand correctly, you are now spending over \$100 billion in direct costs for mental illness in the States. How much more would that have cost if we implemented your reforms?

Mr. Hogan: That is a very good question. Considering that we were charged by this particular president, we were encouraged to be not particularly expensive or explicit about expense with respect to innovations. We did not put a price tag on them. In fact, the president's executive order encouraged us to look first for economies and efficiencies although they did not slap our wrists and tell us to avoid recommending anything that costs money. A number of recommendations we have made will cost money. We did not put a price tag on the costs of the reforms.

I am not sure if this is explicit or implicit in our report, but we know from national data in the United States, that we spend more on the costs that are attributable for not providing mental health than we do for providing that care. That is out of sync with the rest of health care. For example, with respect to cancer or heart disease we spend more to treat it than we spend on the costs that are attributable to not providing that treatment.

The biggest single expenditure attributable to mental illness in this country is disability payments for people who have become disabled by mental illness. We send them a cheque every month. It is not adequate enough to live on. Essentially we make a deal with them that they have to stay disabled in order to get that cheque, which is a terrible situation. If we were to provide better care to them and help them get a job — it might not be a full-time, 40-hour job — everybody would be much better off.

I do not want to beat around the bush too much. We did not cost out many of our recommendations. We tried to be moderate about them. We worked with this notion in mind that mental illness costs us more via non-treatment than via treatment in this country.

Senator Morin: I would like to talk about managed care. I realize that managed care has had bad press recently. I was very happy to hear that there are specialized health maintenance organizations, HMOs, which function well. What is your impression of more general types of HMOs, Kaiser Permanente, for example, in treating mental illnesses? What is the record of cost containment in these areas?

Mr. Hogan: The good HMOs who have tended to focus on these issues as a part of their general responsibility, have done a very good job with respect to those mental illness that can be cared for in a clinical setting: many cases of depression; many cases of attention deficit disorder for children; anxiety disorders. Therefore, Kaiser or the program in the northwest part of the country that used to be called Puget Sound have done excellent work in this regard. Those examples would tend to buttress my notion that reliance on the primary care system is a very good

vous dépensez à présent plus de 100 milliards en coûts directs pour la maladie mentale aux États-Unis. Quelle somme supplémentaire dépenseriez-vous si vos réformes étaient appliquées?

M. Hogan: Excellente question. Quand le président actuel nous a confié la mission, c'était en nous encourageant à ne pas être trop diserts ni explicites quant aux dépenses liées aux innovations. On ne les a pas chiffrées. En fait, le décret du président nous encourageait à rechercher d'abord des économies et des efficacités, sans toutefois que nous nous fassions taper sur les doigts ni dire d'éviter toutes recommandations susceptibles de coûter de l'argent. En fait, un certain nombre de nos recommandations coûteront de l'argent. Mais nous n'avons pas chiffré le coût des réformes.

Je ne sais pas si cela est explicite ou implicite, dans notre rapport, mais les données nationales dont on dispose aux États-Unis montrent qu'on dépense plus pour les coûts attribuables à l'absence de soins de santé mentale qu'aux soins de santé mentale eux-mêmes. C'est quelque chose qui ne correspond pas à ce qui se passe dans le reste des soins de santé. Par exemple, en matière de cancer ou de maladie cardiovasculaire, on consacre plus d'argent aux traitements qu'aux coûts découlant de l'absence d'un traitement.

Quelle est la plus grosse dépense liée à la maladie mentale chez nous? Ce sont les paiements d'invalidité versés aux gens devenus invalides du fait de la maladie mentale. Nous leur envoyons un chèque chaque mois — pas assez pour vivre décemment. Cela revient à leur dire qu'ils doivent rester invalides pour bénéficier de ce chèque, ce qui est une situation terrible. Si nous leur donnions de meilleurs soins et si nous les aidions à trouver un travail — pas nécessairement un travail à plein temps, à raison de 40 heures par semaine — chacun s'en porterait beaucoup mieux.

Je ne veux pas tourner autour du pot. Dans la plupart des cas, nous n'avons pas chiffré le coût de nos recommandations. Nous nous sommes efforcés de rester modérés. Nous avons travaillé avec l'idée que la maladie mentale nous coûtait plus en n'étant pas traitée qu'en étant traitée.

Le sénateur Morin: Je voudrais parler des soins gérés. Je sais qu'on en a dit du mal dernièrement. J'ai été très heureux d'apprendre qu'il existait des organisations de soins de santé intégrées, des OSSI, qui fonctionnaient bien. Que pensez-vous des OSSI plus générales, comme Kaiser Permanente, par exemple, quand il s'agit de traiter la maladie mentale? Est-ce qu'on parvient à limiter les coûts dans ces domaines?

M. Hogan: Les bonnes OSSI se sont généralement penchées sur ces questions dans le cadre de leurs responsabilités générales. Elles ont fait un très bon travail en ce qui concerne les maladies mentales que l'on peut traiter dans un cadre clinique: de nombreux cas de dépression; de nombreux cas d'hyperactivité avec déficit de l'attention chez les enfants, les désordres affectifs. Bref, dans ces domaines, tant Kaiser que le programme de la partie nord-ouest du pays qui s'appelait Puget Sound ont fait un excellent travail. Ce sont des exemples qui tendraient à appuyer

place to start, but it is not sufficient for those with complicated disorders.

Senator Cook: I come from Newfoundland, where a family unit is still very much a caring community. I do not mean siblings or whatever; I mean the social framework of a community. In your system, have you entered into partnerships with NGOs? I am speaking specifically of churches. In my community, and the faith that I belong to which is the United Church of Canada, we have programs within the community for the homeless and we embark on all kinds of innovative things.

We have something like a couple of hundred people now with mental disorders — some of whom are psychotic — who are living in sheltered housing, where the agency takes the risk and the government puts the money up front and the consumer pays. We have had some good successes with that to the point where some of the members of the communal living, manage their own system and they sit on the greater board. We encourage them to hone their coping skills and eventually they are able to move on notwithstanding that jobs are always a challenge.

Through that process, the medication has always concerned us. It is easy to get another prescription. It is far more difficult to work yourself through the system where you are not dependent on that and you build your own self-esteem. Have you done any work of that nature?

Mr. Hogan: My comment would be that we have tended to become, in the United States, far too sophisticated to do things like that, that work much better. The pace of life goes faster, families live in the suburbs, and mom and dad are both working to try to make ends meet. We do not have enough of that social fabric in many locations. There is not much that I am aware of that I could teach you at all about any of that. Frankly, it sounds like a better approach than what we have, much of which is trying to determine a better way to spend people's money. It is a wonderful approach.

We do know, for example, that pastors — there was some research on this a number of years ago — come in contact or have more “mental health contacts” than all mental health professionals put together. That is where people will often go if they are having troubles. In the mental health system, we do not tend to work all that well with the faith community and with others.

Senator Cook: I should add, for the benefit of my colleagues, that although it is under the umbrella of the church, which ultimately takes the risk, it is very much a community-based board with consumers of mental health sitting on that board. It is a partnership.

In my province, about 30 years ago, we deinstitutionalized our one mental hospital and went to a community-based program, sadly, without enough social supports from the government, but we managed. Out of that need came what we have today. We still have many people who are consumers living alone in boarding

ma théorie, selon laquelle il est bon de commencer par se fier aux soins primaires, mais cela n'est pas suffisant dans le cas de désordres compliqués.

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve, où une cellule familiale reste une communauté qui prend les choses à coeur. Je ne parle pas des frères et soeurs ni de choses de ce genre; je parle du tissu social d'une collectivité. Dans votre système, avez-vous conclu des partenariats avec des ONG? Je parle plus particulièrement des églises. Dans ma communauté — je fais partie de l'Église unie du Canada — nous avons des programmes au sein de la collectivité pour les sans-abri et nous entreprenons toutes sortes d'initiatives innovatrices.

Nous avons aujourd'hui peut-être 200 personnes atteintes de désordres mentaux, certaines psychotiques, qui vivent dans des foyers. Dans ces cas, c'est l'organisme qui prend le risque, le gouvernement qui avance les fonds et le consommateur qui paye. C'est un système qui donne de bons résultats; d'ailleurs nous avons même des membres de l'hébergement communautaire qui gèrent leur propre système et qui siègent au conseil élargi. Nous les encourageons à améliorer leurs capacités à faire face à la vie de tous les jours et, un jour ou l'autre, ils seront capables de passer à autre chose, d'aller de l'avant, bien qu'avoir un travail reste toujours un défi.

L'approche médicalisée nous a toujours préoccupés. Il est facile d'obtenir une autre ordonnance. Il est beaucoup plus difficile de se sortir du système, d'arriver au point où on cesse d'être dépendant et où l'on peut avoir une bonne estime de soi. De votre côté, avez-vous mené des initiatives de ce type?

M. Hogan: Je crains qu'aux États-Unis nous ne soyons devenus trop sophistiqués pour faire des choses de ce genre, qui fonctionnent bien mieux. La vie est plus trépidante, les familles vivent en banlieue, le père et la mère travaillent tous les deux pour boucler les fins de mois. Ce tissu social fait défaut dans bien des localités. Dans ce domaine, je ne vois pas bien ce que je pourrais vous apporter. Pour tout dire, votre approche semble préférable à la nôtre qui consiste, pour l'essentiel, à essayer de trouver une meilleure façon de dépenser l'argent des gens. Votre approche est merveilleuse.

Ainsi, on sait pertinemment que les pasteurs ont plus de contacts ayant trait à la santé mentale que tous les professionnels de la santé mentale réunis. C'est quelque chose qu'a prouvé une recherche, il y a quelques années. C'est souvent à eux que les gens s'adressent s'ils ont des difficultés. Or, dans le système des soins de santé mentale, nous ne travaillons pas très bien généralement avec les représentants des églises et d'autres.

Le sénateur Cook: Je voudrais ajouter, pour mieux informer mes collègues, que l'église chapeaute l'initiative et assume le risque mais que le conseil est un organisme communautaire où siègent des consommateurs de la santé mentale. C'est un partenariat.

Dans ma province, il y a environ 30 ans, nous avons désinstitutionnalisé l'un de nos hôpitaux psychiatriques et sommes passés à un programme qui s'appuie sur la collectivité. Hélas, cela s'est fait sans beaucoup d'aide sociale de la part du gouvernement, mais nous nous sommes débrouillés. C'est le

houses with few creature comforts. However, we have opened social centres and have gone from a place where it just was a place to be warm or watch TV to getting grants for literacy programs where student nurses come in to do part of their affiliation. It is all done within the community and not a lot of money is spent. It is coordinated. We run about 140 people through our one social centre each day — which is a pretty good average. Eventually, they are able to move on, but they will always go to that centre because that is their family.

I would like to see such a program housed in community health, because they have various needs, too. They get earaches, toothaches and other aches other than coping with their mental illness. We should be creating an environment in our society that addresses the total person.

Mr. Emmet: We do have a significant amount to learn from that type of structure.

In the United States, we are finding that specific communities — that is to say African Americans or the Latino-Hispanic population — really do not avail the public mental health system in great numbers. We know that there is a great deal of stigma involved. We do know, however, that they work through the churches and different community organizations to try to address their problems.

We need to understand how to make appropriate services available to those populations through their existing community structures rather than have them break down those structures that work for them in so many ways and accept the mental health system as it has been conceived to this point. We could learn a great deal from what you are doing in Newfoundland and elsewhere.

Senator Cook: If you meet peoples' needs where they are, the silos will not go up. Adequate funding for NGOs is an opportunity to care for people when they are at a most vulnerable point.

Mr. Emmet: In the United States, we do talk a great deal about meeting peoples' needs where they are. Assertive community treatment is a program that is meant to meet people where they are — in coffee shops, in their apartments and in social settings that are comfortable for them. We talk a great deal about that. Whether we are able to achieve that on a grand scale, I am not sure.

The Chairman: Mr. Hogan, given the industrialized nature of Ohio and the problem that you commented on a minute ago, are you attempting to do, as Mr. Emmet suggested, even pilot projects that attempt to meet people where they are or, as Senator Cook put it, in the community setting? Or are you, like our health care system, very much driven to institutions of some form?

besoin qui a créé ce que nous avons aujourd'hui. Il reste de nombreux consommateurs de soins qui mènent des vies précaires dans des pensions. Nous avons toutefois ouvert des centres sociaux et ils ont évolué, passant d'un endroit où on venait se réchauffer et regarder la télévision à un endroit obtenant des subventions pour des programmes d'alphabétisation et bénéficiant de stages d'infirmières venues y effectuer une part de leur affiliation. Tout ceci s'effectue au sein de la collectivité, sans qu'on dépense beaucoup d'argent. Il y a de la coordination. Environ 140 personnes passent par notre centre social chaque jour, ce qui est une moyenne honorable. Un jour ou l'autre, ils seront en mesure d'aller plus loin, de continuer leur chemin, mais ils reviennent toujours au centre parce que c'est leur famille.

J'aimerais voir un programme de ce genre intégré à la santé communautaire, parce que ce sont des gens qui ont également d'autres besoins. Ils ont des maux d'oreilles, des maux de dents et des problèmes autres que leur maladie mentale. Nous devrions créer dans notre société un environnement qui se soucie de la personne dans son intégralité.

M. Emmet: C'est une structure qui a beaucoup à nous apprendre.

Aux États-Unis, on constate que certaines communautés — les Afro-américains et les Latino-américains — font rarement appel aux systèmes de soins de santé quand il s'agit de maladies mentales. La stigmatisation y est pour beaucoup. Toutefois, on sait aussi qu'ils s'adressent aux églises et à d'autres organismes communautaires pour essayer de faire face à leurs problèmes.

Il nous faut voir comment mettre des services appropriés à la disposition de ces gens par le biais des structures communautaires qui existent plutôt que de démanteler ces structures, qui rendent de nombreux services à ces gens, et d'imposer le système de soins de santé mentale tel qu'il est conçu aujourd'hui. Nous aurions beaucoup à apprendre de ce qui se fait à Terre-Neuve et ailleurs.

Le sénateur Cook: Si on répond aux besoins des gens là où ils se trouvent, on évite la compartimentalisation. Accorder aux ONG un financement adéquat permet d'apporter des secours aux gens au moment où ils sont les plus vulnérables.

M. Emmet: Aux États-Unis, on parle beaucoup de répondre aux besoins des gens là où ils sont. Il existe un programme de traitement communautaire dynamique visant à rencontrer les gens là où ils sont: dans les cafés, dans leur appartement et dans des cadres sociaux où ils sont à l'aise. On en parle beaucoup. Quant à savoir si on y parvient à grande échelle, c'est une autre histoire.

Le président: Monsieur Hogan, vu le caractère industrialisé de l'Ohio et le problème dont vous avez fait état il y a une minute, faites-vous des tentatives ou avez-vous des projets pilotes pour, comme le suggérait M. Emmet, rencontrer les gens là où ils sont, ou, selon les termes du sénateur Cook, dans le cadre de la collectivité? Ou bien, comme notre système de soins de santé, vous appuyez-vous beaucoup sur des institutions d'un type ou d'un autre?

Mr. Hogan: As Senator Cook was talking, I was thinking that there are a number of things that we are doing that take a step back to that kind of approach. There is no doubt that the core of our system of care is clinics. These are clinics that are generally operated at government expense by community not-for-profit organizations.

One significant development in Ohio and in a number of the States is something similar to what Senator Cook described. In most of our counties we have at least one or, in some cases, multiple organizations that are run by people recovering from mental illness. In many cases, these started as something that was small and informal and might have been thought of as a drop-in centre that was open a few hours a day. In some communities these things have become quite robust. They have become mental health support programs that offer a good deal of compassion and learning from the school of hard knocks. People who have been on a road to recovery can work with and support other folks that are earlier in that process. Some of these organizations run their own housing programs and employment programs. They are tremendously effective. In many cases, they operate at very low cost.

They also have a side benefit of providing employment to people recovering from mental illness as well. These have not reached the point of being an alternative to the clinic, but they are a critically important supplement.

In some communities, about 4 to 5 per cent of all of the budgeted resources annually will go to programs run by mental health consumers for mental health consumers. They are a variant on what Senator Cook described, but quite an effective one.

The Chairman: Do you find opposition to that idea within your department? In the Canadian context, the minute we try to move outside the bureaucracy into this kind of decentralized more sensitive, local-based initiative, the bureaucracy, which feels that it is losing control. They want to know who is in control, how it will be done — a standard litany of issues pops up.

I suspect that we would get huge resistance to that were one to try to do that, which is absolutely no reason not to do it. I wonder if you suffer the same kind of bureaucratic problems that we do.

Mr. Hogan: We do, to some extent. We may get a little less of that resistance in part. In Ohio, the community mental health care is orchestrated through a local board at the county level. In some cases, multiple county jurisdictions can come together and have one board. This board operates as a creature partly of the state, because it is established under state law, and partly as a creature of sponsoring counties. The local county commissioners appoint the members of the board. In our system, these boards are enjoined with running care programs. They are in charge of

M. Hogan: En écoutant le sénateur Cook parler, je me disais qu'il y a des mesures que nous prenons pour revenir à ce type d'approche. Les cliniques restent, indubitablement, la base de notre système. Et ce sont des cliniques qui fonctionnent généralement aux frais de l'État, mais qui sont gérées par des organisations à but non lucratif de la communauté.

Un événement important en Ohio et dans plusieurs États ressemble à ce dont le sénateur Cook a parlé. Dans la plupart de nos comtés, nous avons au moins une organisation, parfois plus, que dirigent des personnes qui se remettent d'une maladie mentale. Dans bien des cas, ces organisations ont commencé par quelque chose de petit et de non officiel, par exemple, une halte dans un centre ouvert quelques heures par jour. Dans certaines collectivités, ce sont de petites initiatives qui ont pris beaucoup d'envergure. Elles sont devenues des programmes de soutien à la santé mentale que distinguent notamment la compassion et les leçons tirées de combats parfois difficiles. Les personnes sur la voie du rétablissement peuvent travailler avec d'autres, qui ne sont pas aussi avancés, et leur apporter leur soutien. Certains de ces organismes ont leurs propres programmes d'hébergement et de recherche d'emplois. Ils sont remarquablement efficaces. Et, dans bien des cas, ils ont des budgets vraiment minimes.

Ils présentent en outre l'avantage de fournir de l'emploi à des personnes qui se rétablissent d'une maladie mentale. Ce ne sont pas encore des solutions de rechange à la clinique, mais c'est un à-côté d'une importance vitale.

Dans certaines collectivités, c'est de 4 à 5 p. 100 de toutes les ressources budgétaires qui sont attribuées chaque année à des programmes gérés par des consommateurs de soins de santé mentale pour des consommateurs de soins de santé mentale. C'est une variante de ce dont le sénateur Cook a parlé, mais une variante vraiment efficace.

Le président: Vous êtes-vous heurté à une certaine opposition à cette idée au sein de votre département? Dans le contexte canadien, dès que nous essayons de réaliser des choses en dehors de la bureaucratie, d'adopter une initiative de ce type, plus décentralisée plus locale, plus réceptive, la bureaucratie craint de perdre le contrôle. Elle veut savoir qui est aux commandes et comment cela va se faire. Elle envisage toujours une myriade de problèmes.

Si nous essayions de réaliser quelque chose de ce type, nous heurterions à une résistance considérable, ce qui ne veut pas dire qu'on doive s'en priver. Je me demande si vous avez le même type de problèmes de bureaucratie que chez nous.

M. Hogan: Oui, jusqu'à un certain point. Ce type de résistance est peut-être moindre, dans certains cas. En Ohio, les soins de santé mentale communautaires sont orchestrés par un conseil local au niveau du comté. Dans certains cas, plusieurs instances du comté peuvent se réunir pour former un seul conseil. Le conseil est une créature hybride qui relève de l'État, puisqu'il est fondé dans le cadre de la loi de l'État, mais aussi des comtés qui le parrainent. Ce sont les commissaires du comté qui nomment, au niveau local, les membres du conseil. Dans notre système, c'est à

planning; they purchase care. They purchase services from community entities that tend to be not-for-profits. Nobody really has a monopoly on this.

Yes, all those resistances can occur. The consumer movement has been happening here for a good 20 years. It possesses certain momentum and logic that cannot be refuted. There are tensions. Many of these organizations experience struggles and growing pains. It is tough to run a small business, and it is probably tougher to run a small business when all of the employees and board members are struggling with a mental illness. That is just the way it is.

However, they also have so much experience and so much commitment that they make it work. They achieve wonderful results. It is a hard thing to do, but its value for us has been far beyond the dollars that are spent.

Senator Trenholme Counsell: To what extent have you seen an increase in the teaching the latest information to doctors, nurses, social workers, and teachers so that these very important people in our communities are knowledgeable of all of the advances that have taken place? Progress over the last decade or two has been so tremendous.

I have a feeling that the professionals who are in contact with people are not, perhaps, getting enough education. I would like to hear your opinion on that.

Mr. Emmet: My sense is that we have not seen an increase at all. The teaching of psychiatrists, social workers and others about serious mental illness and the new evidence-based practices, in fact, is a real hole in our system. That is something that we need to work hard to improve.

Among teachers, as you mentioned, there may be a thirst for learning about behavioural disorders and what they can do about it, but I do not think the training is up to the need at all.

Senator Trenholme Counsell: In the case of teachers, I think there is a great need to be up-to-date on learning disorders and on behaviour disorders — not that we expect them to diagnose or treat these problems. However, do you feel that the education in the United States has not kept up to date with the knowledge?

Mr. Emmet: There may be a few pockets where it has, but by and large, no.

Mr. Hogan: I agree completely with the thrust of your question, senator, and I agree with what Mr. Emmet has said. There is a definite lag here. To some extent, I think it is because our professions tend to control the content that is taught. They tend to control it both through the university training programs and also through the licensing examinations. Therefore there is

ces conseils qu'il revient de faire fonctionner les programmes de soins. Ce sont eux qui doivent se charger de la planification, de l'achat des soins. Ils se procurent les services auprès d'entités communautaires, généralement des organismes à but non lucratif. Il n'existe pas véritablement de monopole en la matière.

Mais oui, on peut se heurter à ce type de résistance. Le mouvement de défense des consommateurs existe à présent depuis une vingtaine d'années. Il a une logique et un dynamisme propres qu'il est difficile d'ignorer. Il existe des tensions. Bien des organismes connaissent des périodes difficiles et des problèmes de croissance. Il est difficile de faire tourner une petite entreprise; et il est sans doute encore plus difficile de faire tourner une petite entreprise quand tous les employés et les membres du conseil sont aux prises avec une maladie mentale. C'est inévitable.

Cependant, leur expérience et leur dévouement sont tels que cela finit par fonctionner. Les résultats sont incroyables. C'est une approche ardue, mais qui nous apporte beaucoup plus que l'argent qu'on y investit.

Le sénateur Trenholme Counsell: Avez-vous constaté une amélioration de la transmission des données les plus récentes aux docteurs, aux infirmières, aux travailleurs sociaux et aux enseignants, afin que ces personnes clés au sein des collectivités soient au courant des progrès qui sont réalisés? Car on a progressé à pas de géant au cours de la dernière décennie.

J'ai l'impression que les professionnels qui sont en contact avec les gens ne sont peut-être pas assez sensibilisés. Je voudrais savoir ce que vous en pensez.

M. Emmet: Je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une augmentation du tout. À vrai dire, informer les psychiatres, les travailleurs sociaux et les autres quant aux maladies mentales graves et aux nouvelles pratiques fondées sur les données probantes est une chose qui ne se fait pas dans notre système. C'est une lacune à laquelle nous devons nous efforcer de remédier.

Parmi les enseignants, comme vous l'avez mentionné, il peut exister un véritable désir d'en savoir plus long sur les troubles de comportement et sur ce que l'on peut faire quand on y est confronté, mais je ne pense pas que la formation soit à la hauteur.

Le sénateur Trenholme Counsell: Il me semble particulièrement important que les enseignants soient au fait de l'évolution des connaissances en matière de troubles d'apprentissage ou de comportement — non qu'on s'attende à ce qu'ils établissent un diagnostic ou conçoivent un traitement. Toutefois, avez-vous le sentiment que la formation n'est pas à jour dans ce domaine, aux États-Unis?

M. Emmet: Peut-être dans quelques cas, mais ce sont des exceptions.

M. Hogan: Je suis tout à fait d'accord avec l'orientation de votre question, sénateur, et d'accord aussi avec ce qu'a dit M. Emmet. Il y a un retard marqué dans ce domaine. Je pense que c'est, en bonne part, parce que le contenu de ce qui est enseigné est souvent contrôlé par des professionnels. Le contrôle est maintenu à la fois par les programmes de formation des universités et par les

always a lag time because people are stuck the way they were trained 20 years ago. It is a real problem for us.

Senator Trenholme Counsell: If the front line people — be they family doctors or nurse practitioners or social workers or people in emergency departments — have not been able to keep sharpening the pencil, so to speak, many opportunities will be missed.

I wanted to ask you about how much this is happening in the United States. I know that psychiatrists, for example, are developing excellent tools in some cases whereby family doctors and nurse practitioners could do that initial testing — to determine, for example, who might be bipolar and who is not. I have had very personal contact with this, and it is very important to identify the bipolar people — to determine that it is not just depression, or hyperactivity or this or that. It is crucial; it is life-saving.

Whether talking about a learning disability, or anxiety disorder or bipolar or schizophrenia, are these tools being developed fast enough, and are they being passed on to the people who need to be using them?

Mr. Hogan: They are not being developed quite fast enough and they are not being passed on fast enough either, in my view. I will mention another resource you may want to look at.

One of the more interesting screening tools — specifically for children — has been developed at Columbia University in New York City. They have a project or program there called “Columbia Teen Screen.” I do not know if they will ever achieve this, but their long-range goal is getting every 15- or 16-year-old in the country screened for these disorders once a year.

We do it for physical illness; if you have to play a sport, you have to go to your doctor. Yet, for adolescents, it is probably more important to check on their mental health and to find out if they are using alcohol or drugs — they tend to be very robust physically.

The screens are being developed. A problem is that it is hard to get the physicians to slow down long enough to be able to use these screening devices because they are working so hard and fast. We are trying to find out if the nurses who work in the doctors' office to do the screenings.

In general, however, we do not have a good answer to this. Your system might be a stronger one in which to emphasize screening, just given the strength of the overall health care system.

Mr. Emmet: I would like to add that I am very much in favour of the Columbia Teen Screen, but the problem is what will be done once the screening has identified a problem? It gets back to your workforce question. Are there the specialists out there who are trained in up-to-date practices that can deal with what comes their way? In many places there are not.

examens d'octroi des licences. C'est ce qui explique le retard; les gens en restent à la façon dont ils ont été formés, il y a 20 ans. C'est un indéniable problème.

Le sénateur Trenholme Counsell: Si les gens en première ligne, qu'il s'agisse de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, de travailleurs sociaux ou de personnes dans les services d'urgence, n'ont pas pu, pour parler au figuré, aiguiser régulièrement leur crayon, on laissera se perdre de nombreuses occasions.

Je voulais vous demander jusqu'à quel point c'est ce qui se produit aux États-Unis. Je sais que des psychiatres, par exemple, élaborent d'excellents outils permettant dans certains cas aux médecins de famille et aux infirmières praticiennes d'effectuer le dépistage initial — de déterminer, par exemple, qui risque d'être bipolaire. Je sais d'expérience combien il est important d'identifier les personnes bipolaires, de déterminer qu'il ne s'agit pas simplement de dépression, d'hyperactivité ou de ceci ou de cela. C'est crucial; il en va de la vie de la personne.

Que l'on parle de difficultés d'apprentissage, de troubles anxieux ou bipolaires, ou encore de schizophrénie, les outils sont-ils élaborés aussi rapidement qu'ils devraient l'être et sont-ils transmis aux personnes qui devraient les utiliser?

M. Hogan: Ni leur élaboration ni leur transmission ne se font aussi vite que je le souhaiterais. Je vais vous parler d'une autre ressource qui peut vous intéresser.

L'un des outils de dépistage les plus intéressants élaborés, notamment pour les enfants, l'a été par l'Université Columbia à New York. Ils ont un projet ou un programme intitulé «Columbia Teen Screen». Je ne sais pas s'ils y parviendront un jour, mais leur but, à long terme, est de faire subir un test de dépistage annuel pour ces troubles à tous les jeunes Américains de 15 ou 16 ans.

Cela se fait pour la santé physique; si vous participez à un sport, vous devez rendre visite à votre médecin d'abord. Et pourtant, pour les adolescents, il est probablement plus important de se pencher sur la santé mentale et de voir s'il y a usage d'alcool ou de drogues, puisqu'ils ont tendance à être très robustes sur le plan physique.

Les tests de dépistage sont donc mis au point. Encore faut-il que les médecins ralentissent assez longtemps pour les utiliser parce qu'ils travaillent beaucoup et vite. Nous essayons de voir si les infirmières qui travaillent dans les bureaux des médecins seraient en mesure d'effectuer ces tests de dépistage.

En général, toutefois, c'est un problème auquel nous n'avons pas encore trouvé de réponse satisfaisante. Il se peut que le Canada soit mieux placé pour mettre l'accent sur le dépistage, étant donné la solidité de votre système de soins de santé dans son ensemble.

M. Emmet: Je voudrais ajouter que je suis tout à fait en faveur du Columbia Teen Screen, mais il s'agit de savoir ce qui sera fait lorsqu'on aura identifié un problème. Cela nous ramène à votre question sur la main d'oeuvre. Y a-t-il des spécialistes qui ont une formation au niveau des méthodes récentes qui peuvent s'occuper de tels cas? À bien des endroits, il n'y en a pas.

Senator Trenholme Counsell: My last question fits into this general line of inquiry. I work with a learning disabilities association. I advocate on their behalf and support them wholeheartedly. There is such a cry among parents and those who are the advocates in these associations for preschool testing of children for learning disorders. We know there is a big link between learning disorders and depression as well as other forms of mental illnesses as well.

Is this true in the United States too, that very little progress has been made on testing of preschool children for learning disabilities?

Mr. Hogan: I would say it is very true, yes. We have not made much progress.

Mr. Emmet: I agree with that.

The Chairman: I should just tell our witnesses that for better than a quarter of a century, Senator Trenholme Counsell was a family practitioner in a relatively small community.

Senator Keon: Given the enormous complexity of this whole area, I will try to simplify it and glean some help from both of you as we ultimately are faced with writing a report here.

Historically, in Canada, we had asylums or large mental health hospitals that functioned outside the health system. We are saddled with this dinosaur. Some people still think maybe it was still a rather good idea, but the majority of people now believe that mental health must be addressed within the structural framework of health. At least, that gets on to mental health and then someday, some wise people might be able to address the social aspects of this whole issue.

I do not mean to simplify this, but in both your opinions, should we be working toward the development of the mental health system within the context of the health system, and with no exclusion practically as it relates to mental health?

Mr. Emmet: I think we should be working toward inclusion of mental health in the health system, with the caveat that mental health is a specialty as are other branches of medicine. There needs to be the capacity to adequately address the needs of people who have acute mental illness and, specifically, the illnesses that we know under the diagnoses of schizophrenia, bipolar disorder and so forth today.

It does need to be in the context — ideally and ultimately — of the overall health system. However, there is always going to be a specialty component that needs to be carved out for mental health.

Senator Keon: Can you do that within the context of the health system, or do you need something outside?

Mr. Emmet: I believe you can do it within the context of the health system. I believe that, theoretically, you can. In the United States, the issue is that it is not a tabula rasa. Parallel systems have developed over time, and whether we can get to a point where mental health can be appropriately merged into the health

Le sénateur Trenholme Counsell: Ma dernière question correspond à ce thème en général. Je travaille avec une association qui s'occupe des troubles d'apprentissage. Je défends leurs intérêts et je les appuie entièrement. Les parents et ceux qui défendent leurs intérêts et qui sont membres de ces associations réclament des tests de difficultés d'apprentissage scolaire pour les enfants d'âge préscolaire. Nous savons qu'il y a un lien important entre les difficultés d'apprentissage scolaire et la dépression et aussi d'autres formes de maladies mentales.

Est-ce le cas aux États-Unis également, est-ce vrai que très peu de progrès ont été accomplis pour ce qui est de tester les enfants d'âge préscolaire pour déceler les difficultés d'apprentissage?

M. Hogan: Je dirais que c'est vrai, oui. Nous n'avons pas fait beaucoup de progrès.

M. Emmet: Je suis d'accord.

Le président: Je voudrais tout simplement dire à nos témoins que pendant plus d'un quart de siècle, le sénateur Trenholme Counsell a été omnipratricienne dans une petite collectivité.

Le sénateur Keon: Étant donné l'énorme complexité de tout ce domaine, je vais tenter de le simplifier et de vous demander votre aide à tous les deux car nous devons ultimement rédiger un rapport.

Par le passé, au Canada, nous avions des asiles ou de grands hôpitaux de soins psychiatriques qui fonctionnaient à l'extérieur du régime de santé. Nous sommes toujours pris avec ce dinosaure. Certains croient toujours que c'était plutôt une bonne idée, mais la plupart des gens estiment que la santé mentale doit faire partie du cadre structurel des soins de santé. Au moins, cela comprend la santé mentale et ensuite, un jour, certaines personnes judicieuses pourront peut-être aborder les aspects sociaux de tout ce problème.

Je ne veux pas simplifier la question, mais selon vous, devrions-nous nous efforcer de développer le régime de santé mentale dans le contexte du régime de santé, pratiquement sans exclusion pour ce qui est de la santé mentale?

M. Emmet: Je pense que nous devrions tenter d'inclure la santé mentale dans le régime de soins de santé, à condition que la santé mentale soit une spécialité comme le sont d'autres branches de la médecine. On doit avoir la capacité de répondre de façon adéquate aux besoins des gens qui souffrent de maladie mentale aiguë et, plus spécifiquement, de schizophrénie, de troubles bipolaires, et cetera.

Idéalement et ultimement, cela doit se faire dans le contexte du régime de santé général. Cependant, la santé mentale sera toujours un élément de spécialité.

Le sénateur Keon: Peut-on faire cela dans le contexte du régime de santé, ou cela doit-il se faire à l'extérieur de ce régime?

M. Emmet: Je pense qu'il est possible de le faire dans le contexte du régime de soins de santé. En théorie, je crois que cela est possible. Aux États-Unis, le problème c'est qu'on ne fait pas table rase. Des systèmes parallèles ont été mis au point avec le temps, et, en toute honnêteté, je ne sais pas si on en arrivera à un

system, I honestly do not know. That is why, looking at the Canadian system, where the universal health care system is in place, it may be a more realistic goal.

Mr. Hogan: I would expand on that a bit. It seems to me that you have a stronger health care system in Canada than we have in the States. It is the logical first line of defence and it is reasonable to expect the health care system to take care of most people with most mental illnesses quite well if, and only if, there were some mental health experts stationed in that part of the health system — for example a psychiatric nurse or a psychologist or a social worker in the doctor's practice. The practitioners who do most of their work in primary care will not have the time to be the experts in all of this. This is taking a step sideways to move forward but you can do most of this within the health care system if you have mental health experts within it.

It is my belief that you will still require some kind of specialty care program for people with complicated disorders such as depression that does not respond to medication, or a complicated bipolar disorder or schizophrenia. Those will have to come under a specialty program of sorts. Could that be a part of the health care system? I think it is possible but the program would have to be run by mental health people and you would have to determine the boundary between the two.

Implicit in your question but not explicit is another issue: the asylums. A mental health expert, whom Mr. Emmet and I know well in the United States, is fond of saying that "less hospital care is probably good but if less is better it does not necessarily mean that none is optimal." There must be some hospital care for some of these conditions. In very few cases, should that be care that continues for years and years and years? That is truly the last refuge and not a good idea.

Separate from all of this is another complicated question that we will probably not address: What do we do about the mental health care of individuals who commit a crime? Both Canada and the U.S. have legal systems that have ultimately grown from British Common Law. Someone who commits a crime, but cannot be tried or found guilty due to insanity, will still need treatment or care. That treatment would probably categorize halfway between the criminal justice system and the mental health system. Such treatment would be considered a special case.

I tend to agree with the premise of doing this within the health care system, provided there are mental health people in primary care settings; there are specialty programs for those with

point où il sera possible de bien intégrer la santé mentale au régime de soins de santé. C'est pour cette raison qu'au Canada, où il existe un régime de soins de santé universel, il s'agit peut-être d'un objectif plus réaliste.

M. Hogan: Permettez-moi de vous en parler plus en détail. Il me semble que vous avez un régime de soins de santé plus solide au Canada qu'aux États-Unis. C'est la première ligne de défense logique et il est raisonnable de s'attendre à ce que le régime de soins de santé puisse s'occuper assez bien de la plupart des gens qui souffrent de la plupart des maladies mentales si, et seulement si, il y a des experts en santé mentale dans ce secteur du régime de soins de santé. Par exemple, un infirmier ou une infirmière en soins psychiatriques ou un psychologue ou encore un travailleur social au bureau du médecin. Les praticiens qui offrent surtout des services de première ligne n'ont pas le temps d'être des experts dans tout cela. C'est faire un pas de côté pour faire un pas en avant, mais il est possible de faire presque tout cela au sein du régime de soins de santé si on a les experts en santé mentale pour le faire.

Je pense qu'il vous faudra quand même une sorte de programme de soins spécialisés pour les personnes atteintes de troubles compliqués, comme la dépression qui n'est pas réactive aux médicaments, ou un trouble bipolaire compliqué ou encore la schizophrénie. Il faudra un programme spécialisé. Est-ce que cela peut s'intégrer au système de soins de santé? Je pense que c'est possible, mais ce programme doit être dirigé par des professionnels de la santé mentale, et il faudra fixer les limites entre ces deux domaines.

Autre chose qui est implicite, dans votre question, mais pas explicite: les asiles. Un expert en santé mentale des États-Unis, que M. Emmet et moi connaissons bien, dit souvent qu'une diminution des soins hospitaliers est peut-être une bonne chose, mais que si moins, c'est mieux, ça ne veut pas dire qu'une disparition totale des soins hospitaliers est appropriée. Il faut quand même fournir des soins hospitaliers pour les personnes atteintes de ces conditions, même si ces cas sont rares, qu'il s'agisse, par exemple, de soins qui durent des années et des années. Ce doit vraiment être un dernier recours, et ce n'est pas une très bonne idée.

Il y a une autre question complexe, distincte de la précédente, que nous ne couvrirons probablement pas: il s'agit des soins de santé mentale pour les personnes qui ont commis un crime. Le Canada et les États-Unis sont dotés de systèmes juridiques nés de la common law britannique. Si quelqu'un commet un crime mais ne peut être poursuivi ou reconnu coupable pour cause d'aliénation mentale, cette personne aura quand même besoin de traitements ou de soins. Ce traitement se situerait probablement à mi-chemin entre le système de justice criminelle et le système de santé mentale. Un tel traitement serait perçu comme un cas particulier.

Je suis généralement d'accord avec l'idée d'intégrer cela dans le système de soins de santé, s'il y a des professionnels de la santé mentale qui peuvent fournir des soins de première ligne. Il existe

complex illness; and we set aside this question about what to do with people under the criminal justice system.

The Chairman: To follow up on issues under the criminal justice system, Dr. Hogan, are there people on your staff who deal with not the criminally insane but with the many people in the criminal justice system serving time in institutions?

Frankly, they are not treated to the extent that they are treated at all in Canada. It is minimal and borders on zero. That means they are released and our recidivism rate is high. I am not sure it is quite as high as yours but we are in the same ballpark. Appropriate treatment of mental illness in people who are incarcerated would reduce the recidivism rate dramatically.

I would be curious to know if my assessment is correct? Is anyone running good programs that would give you data to show that my presumption is right — that the recidivism rate would drop dramatically if we appropriately treated the mental illness of prisoners?

Mr. Hogan: I would agree in part and disagree in part. I would agree that you have to provide mental health care to those who are incarcerated. In Ohio, we have done quite a good job of that but we had to be sued to become motivated to action. In the end, we decided to have the mental health program in the prisons run by the prison system. They received a good deal of advice from us about how to set it up. They now run the program and do a pretty good job.

Receiving good mental health care in the prison, per se, will not be adequate to prevent recidivism because the illness will persist after the patient leaves the prison. You have to connect the person with mental health care on the outside once they leave. If you do that, then the recidivism rates go way down.

Mr. Emmet: I should like to point you to a source document that could be useful to you. It is called “The Criminal Justice/Mental Health Consensus Project.” It was coordinated by the Council of State Governments in the United States and can be found on line at www.consensusproject.org. This project brought together people from across the criminal justice spectrum as well as from mental health. Dr. Hogan was involved to some extent and the Director of Corrections in Ohio was very closely involved.

In that document and in the on-line version, there are numerous examples of programs that are chipping away at this problem whether at the front end through diversion programs such as police pre-booking diversion; or court-based programs that kick people into care and not into incarceration; or through re-entry programs that are specifically aimed at reducing recidivism.

des programmes spécialisés pour les personnes atteintes de maladies complexes. Il faut également réfléchir aux personnes malades dans le système de justice criminelle.

Le président: Pour revenir aux questions relatives au système de justice criminelle, monsieur Hogan, y a-t-il des membres de votre personnel qui travaillent, non pas avec des criminels aliénés, mais avec les nombreuses personnes du système de justice criminelle qui purgent leur peine dans des établissements?

Honnêtement, je pense qu'ils ne sont pas vraiment soignés, dans la mesure où ils ne sont pas soignés du tout, au Canada. Le traitement est minime, presque nul. Cela veut dire qu'ils sont relâchés et que notre taux de récidive est élevé. Je ne sais pas s'il est aussi élevé que chez vous, mais je crois que cela se ressemble. Un traitement approprié pour les détenus atteints de maladies mentales réduirait ce taux de récidive de manière significative.

J'aimerais savoir si ma conclusion est exacte. Y a-t-il des gens qui dirigent de bons programmes et qui pourraient vous fournir des données qui appuient ma thèse — c'est-à-dire que le taux de récidive diminuerait significativement si les détenus atteints de maladies mentales étaient soignés correctement?

M. Hogan: Je suis un peu d'accord avec vous, et un peu en désaccord. Je suis d'accord qu'il faut fournir des soins de santé mentale aux détenus. En Ohio, nous avons fait beaucoup de travail en ce sens, mais il a fallu attendre des poursuites pour réagir. Finalement, nous avons décidé de créer un programme de santé mentale dans les prisons qui est géré par le système carcéral. Nous leur avons fourni des conseils sur la façon de créer ce programme. Maintenant, ce sont eux qui s'en chargent, et ils font du très bon travail.

Fournir des soins de santé mentale de qualité aux détenus, en soi, ne sera pas suffisant pour éviter la récidive, parce que les maladies persistent une fois que les patients sortent de prison. Il faut les mettre en contact avec des établissements qui fournissent des soins de santé mentale à l'extérieur, une fois qu'ils sont libérés. Alors, les taux de récidive baisseront.

M. Emmet: J'aimerais vous renvoyer à un document de référence qui vous serait sans doute utile, «The Criminal Justice Mental Health Consensus Project». Ce projet a été coordonné par le Council of State Governments, aux États-Unis, et vous pouvez y accéder en direct, au www.consensusproject.org. Ce projet a rassemblé des spécialistes du système de justice criminelle et de santé mentale. Le Dr Hogan y a participé, dans une certaine mesure, et le directeur des services correctionnels de l'Ohio y a participé étroitement.

Dans ce document, et dans sa version électronique, on donne de nombreux exemples de programmes qui tentent d'atténuer ce problème soit au départ, par le biais de programmes de déjudiciarisation (mesure policière avant détention, par exemple), soit par des programmes judiciaires qui recommandent des soins plutôt que l'incarcération, soit par des programmes de réinsertion sociale qui visent précisément à réduire la récidive.

There are data on a couple of programs in Chicago. The Thresholds Program shows a real reduction in recidivism for people coming out of jail to the residential-based program with all the services available. Much attention has been paid to such programs in the United States and the concept has picked up some traction at the state legislative level and at even at the federal level.

Senator Trenholme Counsell: To what extent is the specialization of psychiatric social workers proceeding? Is the training of many more nurses for the field of psychiatry, although they are needed for so many other health care systems, and the training of many more social workers to complement that effort, considered a sub-specialty, or super-specialty and developing to any extent in the United States?

Mr. Hogan: My sense is that there is probably a bulk-end requirement for both. Something about social work that is a good fit with mental health care is that there is an orientation to community care, to working in the community and recognizing that people have many different problems and to staying with people over time. From that point of view, the social work profession is ideally suited. The nursing profession is probably a little stronger in recognizing the medical side of this as well. There is a need for both. There are probably more social workers engaged in this than there are nurses in the U.S.

We have a problem in both areas is that there are social workers and nurses who did not truly receive enough psychiatric emphasis in their training. Nurses have their RN degree but they did not receive enough psychiatric training. However, in my opinion, the two professions are the foundation. We have to ensure they receive enough mental health training as part of their preparation. Our programs vary in providing that.

Mr. Emmet: We must also ensure they are paid enough to stay in the profession for any length of time.

Senator Trenholme Counsell: The training would have to be a specialization and it would take a number of months to acquire such expertise to become comfortable in the field. Not every social worker would want to take such a specialization.

Senator Fairbairn: I appreciate that the situation is probably about as difficult in the United States as it is in Canada in respect of assessments in schools and so on. However, there are programs of this nature in the prison system. To what degree are they being used in the United States? There are efforts here in Canada because it is never too late to try on learning disabilities. Does this take place within the system with any success in the United States?

Mr. Emmet: Are you talking of the juvenile justice system or adult?

Nous avons des données sur quelques programmes de Chicago. Le programme des seuils fait état d'une réduction réelle de la récidive, pour les personnes qui sortent de prison pour intégrer des programmes en résidence, qui comprennent tous les services. Aux États-Unis, on s'est vraiment intéressé à ces programmes, et ce concept a fait bouger les choses dans les systèmes législatifs des États, et même au niveau fédéral.

Le sénateur Trenholme Counsell: Comment fonctionne la spécialisation des travailleurs sociaux en psychiatrie? Est-ce qu'aux États-Unis la formation de plus d'infirmières en psychiatrie, même si la pénurie touche beaucoup d'autres systèmes de soins de santé, et la formation de plus de travailleurs sociaux sont considérés comme une sous-spécialité, une super-spécialité, et est-ce que cela évolue dans votre pays?

M. Hogan: J'ai l'impression que nous avons probablement grandement besoin des deux. Le travail social s'intègre bien aux soins de santé mentale, car on met l'accent sur les soins communautaires, le travail avec la communauté, la reconnaissance du fait que les gens ont plusieurs problèmes différents et le suivi de ces personnes. De ce point de vue-là, la profession de travailleur social est tout à fait adaptée. La formation en soins infirmiers est peut-être plus forte, car elle tient compte du côté médical également. Aux États-Unis, il y a probablement davantage de travailleurs sociaux qui travaillent dans ce domaine qu'il y a d'infirmières.

Le problème, dans les deux cas, c'est que certains travailleurs sociaux et infirmières n'ont pas vraiment reçu une formation suffisamment axée sur la psychiatrie. Les infirmières ont leur diplôme d'infirmière autorisée, mais elles ne sont pas suffisamment formées en psychiatrie. Cependant, selon moi, ces deux professions sont les piliers de ces programmes. Il faut nous assurer que les travailleurs sociaux et les infirmières reçoivent, pendant leurs études, une formation en santé mentale. Nos programmes divergent à ce niveau-là.

M. Emmet: Il faut également nous assurer que les salaires sont suffisants, pour que ces personnes restent dans cette profession le plus longtemps possible.

Le sénateur Trenholme Counsell: Cette formation devrait être une spécialisation de plusieurs mois, afin d'acquérir l'expertise suffisante pour être à l'aise dans ce domaine. Tous les travailleurs sociaux ne voudront pas suivre une telle formation spécialisée.

Le sénateur Fairbairn: Je comprends que la situation est probablement aussi difficile aux États-Unis qu'au Canada, en matière d'évaluation universitaire, et cetera. Cependant, il existe de tels programmes dans les systèmes pénitentiaires. Dans quelle mesure sont-ils utilisés aux États-Unis? Des efforts sont déployés au Canada en ce sens, car il n'est jamais trop tard pour avancer, sur la question des problèmes d'apprentissage. Est-ce que ces efforts sont concluants aux États-Unis?

M. Emmet: Parlez-vous du système judiciaire juvénile ou du système judiciaire pour adultes?

Senator Fairbairn: I am talking about the justice system. Many of the people in the system, we are told, are there partly because they have gone through a life in which they have had these learning disabilities.

Mr. Emmet: I would say that it is something pretty spotty across country. I have been to jails where I have seen programs that are at least attempting to deal with this problem. I hear, anecdotally, from far many more places that these programs are not in place.

Mr. Hogan: I would agree with what Mr. Emmet said. The situation, although very uneven, may be somewhat better with respect to the treatment of mental illness because there is a constitutional expectation that there not be deliberate indifference to the treatment of illness. There is some obligation to treat mental illness in prison.

Learning disabilities would probably not be defined that way. I would guess that the interventions provided are probably, on average, a little less good than those provided for other mental disorders, which is not a very good commentary. That is just a guess. I agree with that it is very uneven, and there is no good model.

The Chairman: May I thank you both for coming. I have a request. In the last couple of hours we received many interesting references to organizations to contact. If you have any other thoughts in respect of people we should talk to, can you send us an e-mail? Perhaps there is a particularly good Web site to visit or report we ought to read.

As I said in my opening comments, we are very much at the early stages of this work. To the extent that you can help us find additional sources of information — either people, organizations or documents — it would be very helpful.

Thank you very much for coming.

The committee adjourned.

Le sénateur Fairbairn: Je parle du système judiciaire en général. Beaucoup de détenus sont là en partie parce qu'ils souffrent de problèmes d'apprentissage.

M. Emmet: Je vous dirais que c'est un effort assez ponctuel, aux États-Unis. J'ai visité des prisons où il y avait des programmes qui essayaient de s'attaquer à ce problème. Mais j'ai entendu dire que dans la plupart des prisons, de tels programmes n'existaient pas.

M. Hogan: Je suis d'accord avec M. Emmet. Bien que ce soit très inégal, notre feuille de route est sans doute plus reluisante en ce qui concerne le traitement des maladies mentales, parce qu'en vertu de la Constitution, on ne peut pas être indifférent à cette question. Nous sommes tenus de traiter les maladies mentales en prison.

Or les problèmes d'apprentissage ne sont probablement pas considérés comme des maladies mentales. Je dirais que les interventions sont probablement, en moyenne, un peu moins bonnes que les interventions pour les autres maladies mentales, ce qui n'est pas très positif. Ce n'est qu'une supposition. Je suis d'accord, c'est très inégal, et il n'existe pas de bon modèle.

Le président: Je vous remercie tous les deux d'être venus. J'aurais quelque chose à vous demander. Dans les deux dernières heures, vous avez fait référence à des organismes et à des contacts. Si vous pensez à d'autres personnes à qui nous pourrions nous adresser, pouvez-vous nous envoyer un courrier électronique? Peut-être existe-t-il un bon site Web ou un rapport que nous devrions lire.

Comme je l'ai dit dans mes remarques liminaires, nous en sommes au tout début de notre travail. C'est pourquoi vous pouvez nous aider à trouver d'autres sources d'information, des personnes, des organismes, des documents. Ce serait très utile.

Merci d'être venus.

La séance est levée.

Ms. Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association.

From the Canadian Psychological Association:

Mr. John Service, Executive Director.

From the Canadian Association of Social Workers:

Mr. Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group.

Thursday, April 1, 2004

From the Treasury Board Secretariat:

Ms. Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division.

From the Privy Council Office:

Mr. Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel;

Ms. Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification.

From Cognos:

Ms. Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist;

Mr. Sean Reid, Senior Manager, Corporate Communications.

From the Public Service Alliance of Canada:

Mr. John Gordon, National Executive Vice-President;

Mr. James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer.

From the U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

Mr. Michael Hogan, Chair (by videoconference).

From the U.S. Campaign for Mental Health Reform:

Mr. William Emmet, Coordinator.

Mme Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada.

De la Société canadienne de psychologie:

M. John Service, directeur exécutif.

De l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux:

M. Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé.

Le jeudi 1^{er} avril 2004

Du Secrétariat du Conseil du Trésor:

Mme Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions.

Du Bureau du Conseil privé:

M. Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat;

Mme Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification.

De Cognos:

Mme Marilyn Smith-Grant, spécialiste principale en ressources humaines;

M. Sean Reid, gestionnaire principal, Communications corporatives.

De l'Alliance de la Fonction publique du Canada:

M. John Gordon vice-président exécutif national;

M. James Infantino, agent de pensions et assurances d'invalidité.

De la U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

M. Michael Hogan, président (par vidéoconférence).

De la U.S. Campaign for Mental Health Reform:

M. William Emmet, coordonnateur.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

APPEARING

Thursday, April 1, 2004

The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform.

WITNESSES

Wednesday, March 31, 2004

From the Canadian Medical Association:

Dr. Sunil Patel, President;

Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General.

From the Ontario Hospital Association:

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group.

From the Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board.

From the Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Ms. Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses;

(Continued on previous page)

COMPARAÎT

Le jeudi 1^{er} avril 2004

L'honorable Jacques Saada, c.p., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique.

TÉMOINS

Le mercredi 31 mars 2004

De l'Association médicale canadienne:

Le Dr Sunil Patel, président;

La Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire.

De l'Ontario Hospital Association:

Le Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale.

De l'Association des psychiatres du Canada:

Le Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration.

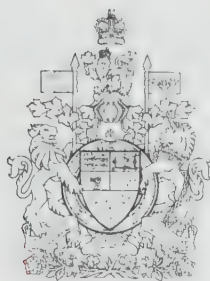
De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:

Mme Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale;

(Suite à la page précédente)



26
51



Third Session
Thirty-seventh Parliament, 2004

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, April 20, 2004
Wednesday, April 21, 2004
Thursday, April 22, 2004

Le mardi 20 avril 2004
Le mercredi 21 avril 2004
Le jeudi 22 avril 2004

Issue No. 6

Fascicule n° 6

Third and fourth meetings on:
Mental health and mental illness

Troisième et quatrième réunions concernant:
La santé mentale et la maladie mentale

and

et

Second meeting on:

Bill C-24, An Act to amend
the Parliament of Canada Act

Deuxième réunion concernant:

Le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi
sur le Parlement du Canada

and

et

First meeting on:

Bill S-17, An Act to amend
the Citizenship Act

Première réunion concernant:

Le projet de loi S-17, Loi modifiant
la Loi sur la citoyenneté

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.,
(or Rompkey, P.C.)
Callbeck
Cook
Cordy
Fairbairn, P.C.
Keon

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Morin
Robertson
Roche
Rossiter
Trenholme Counsell

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p.
(ou Rompkey, c.p.)
Callbeck
Cook
Cordy
Fairbairn, c.p.
Keon

* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Robertson
Roche
Rossiter
Trenholme Counsell

* *Membres d'office*

Quorum 4

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, April 1, 2004:

Second reading of Bill S-17, An Act to amend the Citizenship Act.

The Honourable Senator Kinsella moved, seconded by the Honourable Senator Corbin, that the Bill be read the second time.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Kinsella moved, seconded by the Honourable Senator Corbin, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1^{er} avril 2004:

Deuxième lecture du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

L'honorable sénateur Kinsella propose, appuyé par l'honorable sénateur Corbin, que le projet de loi soit lu la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Kinsella propose, appuyé par l'honorable sénateur Corbin, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, April 20, 2004
(11)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 7:00 p.m. in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Keon, Kirby, LeBreton and Morin (5).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5*).

WITNESSES:

From the Government of Australia:

Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference);

Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference).

Dermot Casey and Jenny Hefford each made a presentation and answered questions.

At 8:53 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 21, 2004
(12)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:05 p.m. in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Keon, LeBreton and Morin (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mardi 20 avril 2004
(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 19 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Keon, Kirby, LeBreton et Morin (5).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

Du gouvernement de l'Australie:

Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence);

Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence).

Dermot Casey et Jenny Hefford font tous les deux une déclaration et répondent aux questions.

À 20 h 53, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 21 avril 2004
(12)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton et Morin (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No.5*).

WITNESSES:

From the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction:

Richard Brière, Assistant Director.

From the Douglas Hospital:

Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University.

From the Centre for Suicide Prevention:

Diane Yackel, Executive Director.

Richard Brière, Gustavo Turecki and Diane Yackel each made a presentation and answered questions.

At 5:16 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 22, 2004
(13)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:00 a.m. in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Keon, LeBreton, and Morin (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Benjamin Dolin.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, March 29, 2004, the committee continued its study on Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5*).

WITNESSES:

From Mercer Human Resource Consulting:

Bernard Potvin, Principal.

From the Canadian Taxpayers Federation:

Bruce Winchester, Research Director.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

De l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies:

Richard Brière, directeur adjoint.

De l'Hôpital Douglas:

Le Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill.

Du Centre For Suicide Prevention:

Diane Yackel, directrice exécutive.

Richard Brière, Gustavo Turecki et Diane Yackel font tous les trois une déclaration et répondent aux questions.

À 17 h 16, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 22 avril 2004
(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton et Morin (6).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Benjamin Dolin.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 29 mars 2004, le comité poursuit l'étude du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

De Mercer consultation en ressources humaines:

Bernard Potvin, directeur principal.

De la Fédération canadienne des contribuables:

Bruce Winchester, directeur de la recherche.

Bernard Potvin and Bruce Winchester each made a presentation and answered questions.

The committee suspended at 11:55 a.m.

The committee resumed at 12:00 p.m.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, April 1, 2004, the committee began its examination of Bill S-17, to amend the Citizenship Act.

WITNESSES:

From Citizenship and Immigration Canada:

Patricia Birkett, Acting Director General, Integration Branch.

From the Department of Justice:

Manon Lefebvre, Legal Counsel.

Patricia Birkett made a presentation and answered questions.

At 12:40 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Bernard Potvin et Bruce Winchester font tous les deux une déclaration et répondent aux questions.

Le comité suspend ses travaux à 11 h 55.

Le comité reprend ses travaux à midi.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} avril 2004, le comité entreprend l'étude du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

TÉMOINS:

Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:

Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration.

Du ministère de la Justice:

Manon Lefebvre, conseillère juridique.

Patricia Birkett fait une déclaration et répond aux questions.

À 12 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, April 20, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 7:00 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Hello, Ms. Hefford and Mr. Casey. My colleagues and I are delighted that you are with us, and we want to pick your brains for a while.

Let me set the scene by describing the kinds of issues we would like to hear your views on. We did a major study of the Canadian acute care system of hospitals and doctors, which is covered under our medicare system. We put that report out about a year and a half ago. Various bits and pieces of it appear to be moving towards implementation, although, as you know, like anything else in the health care system, it is full of controversy and there is opposition from all quarters. You might find it interesting to note that our committee, which consists of a number of Liberal and Conservative senators and one independent, nevertheless produced a completely unanimous report on what is, in many ways, the most controversial public policy issue in the country. That alone made the document worthwhile in many ways.

As we were going through that, it became clear to us that if there was any system that was even more badly run or perhaps more badly organized than our acute care system, it was the mental health system, for a variety of reasons, and nobody wanted to talk about the problem. There were far more silos. With the exception of mental hospitals, it is, by and large, not covered under our medicare program and so on.

We have embarked on a second major study, this one being the mental health system. We found it useful when we did the previous study to get some understanding of how other countries have handled the issue of mental health. Australia was one of the comparisons we used when we did the acute care study, and we have heard from a number of people both inside and outside Canada about the relatively innovative approach you have taken compared to many other countries, including ours.

We have never had a national mental health strategy. There is no national mental health act. It is a subject that has simply not become part of the federal purview at all, because in our case, health care is delivered through the provinces. In your case, it is through the states.

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 20 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 19 heures, pour étudier des questions qu'ont suscité le dépôt en octobre 2002 de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada et les faits nouveaux survenus depuis lors. Plus particulièrement, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Madame Hefford et monsieur Casey, soyez les bienvenus. Mes collègues et moi sommes ravis de vous accueillir, car nous avons plein de questions à vous poser.

Je vais d'abord vous fournir le contexte en vous décrivant le genre de questions au sujet desquelles nous aimerions avoir votre opinion. Nous avons fait une étude importante du système canadien de soins actifs donnés par les hôpitaux et par les médecins, soins qui sont assurés par notre régime universel. Nous avons publié ce rapport il y a un an et demi environ. Diverses mesures recommandées semblent vouloir être mises en oeuvre bien que, comme vous le savez, comme toute autre chose dans le système de santé, elles soulèvent beaucoup de controverse et suscitent de l'opposition de toutes parts. Vous serez peut-être intéressés d'apprendre que notre comité, qui est formé d'un certain nombre de sénateurs libéraux et conservateurs et d'un sénateur indépendant, a tout de même produit un rapport unanime au sujet d'un dossier qui, à de nombreux égards, est peut-être le plus controversé en matière de politique publique. Ce seul fait rend le document d'autant plus précieux.

À mesure qu'évoluait notre étude, il est devenu clair que s'il y avait un système encore plus mal géré ou peut-être plus mal organisé que notre système de soins actifs, c'était bien celui de la santé mentale, pour diverses raisons. Or, nul ne voulait en parler. Il y avait beaucoup de compartimentation. À l'exception des hôpitaux psychiatriques, ces soins ne sont dans l'ensemble pas visés par notre régime d'assurance-maladie et ainsi de suite.

Nous nous sommes donc lancés dans une seconde grande étude, celle-ci portant sur la santé mentale. Nous avons jugé utile, lorsque nous avons effectué l'étude précédente, de savoir ce qui se faisait à l'étranger en matière de santé mentale. L'Australie a été une de nos bases de comparaison quand nous avons fait l'étude des soins actifs, et nous avons entendu plusieurs témoins du Canada et de l'étranger au sujet de l'approche relativement nouvelle que vous avez adoptée comparativement à de nombreux autres pays, y compris au nôtre.

Nous n'avons jamais eu de stratégie nationale de la santé mentale. Il n'y a pas de loi nationale de la santé mentale. C'est un sujet qui n'a tout simplement jamais été du ressort fédéral parce que, dans notre cas, la santé relève de la compétence provinciale, alors que chez vous, elle relève des États.

We are at the early stage of our work. We are trying to understand in a broad way what has worked well and what has worked badly in your system. Knowing what you know now, if you were beginning where we are beginning, which is essentially with a blank piece of paper, in the sense that it is not a question of having to change existing legislation and so on, what would you do differently and what would you do the same with respect to, first, the national policy side of mental health, and second, with respect to delivery?

Even though, like you, the federal government does not deliver mental health services, we will inevitably stray into what is clearly provincial territory because we will talk as much about the delivery of mental health as we did when we focused on how you ought to deliver acute care services. We do not feel terribly constrained by the niceties of which level of government is actually responsible for delivering the service. We are trying to lay out a road map for both levels of government, if you will.

I would like to begin by asking both of you to give us your overview of what is working well and what is not, with respect to both mental health and addiction, because our actual work plan is mental health, mental illness and addiction. To that extent, we brought the addiction service question into the mental health study, as opposed to leaving it out there as a separate silo.

That lays out the background of where we are. We appreciate your taking the time to be with us. Why do we not begin, Mr. Casey, with some comments from you, followed by Ms. Hefford, and then open it up to questions from my colleagues and myself.

Mr. Dermot Casey, Assistant Secretary, Health and Priorities and Suicide Prevention, Department of Health and Ageing, Government of Australia: Just picking up on your themes about what we have done and what we might have done differently, as you know, our system is very similar to that of Canada. Prior to the early 1990s, the federal government had no involvement, responsibility or interest in mental health care at all.

The story goes that the federal health department had half a nutritionist who was responsible for the federal government's interest in mental health care, very much located in states and territories, very much located historically in the old systems of asylum, lunacy and the British system that came here in the 19th century.

It was interesting that the drive for change in Australia really came from the states and territories lobbying the federal government to take a role and become involved in mental health care. We had a number of scandals in the 1980s in relation to mental health hospitals that really focused on civil rights and issues of abuse. The interest that the federal government started to display in mental health reform was partially driven by some concerns that the fiscal responsibility for income support and employment services, which were the downstream consequences

Nous en sommes au tout début de nos travaux. Nous essayons de nous renseigner sur ce qui s'est avéré efficace et inefficace dans votre système. Sachant ce que vous savez maintenant, si vous en étiez au stade où nous en sommes, c'est-à-dire si c'était à refaire, en ce sens qu'il ne s'agit pas de modifier une loi existante et ainsi de suite, que feriez-vous autrement et que referiez-vous sans hésiter à l'égard, tout d'abord, de la politique nationale en matière de santé mentale et, d'autre part, à l'égard de la prestation des services?

Même si, comme vous, le gouvernement fédéral ne s'occupe pas comme tel de la prestation des services de santé mentale, nous débordons inévitablement dans ce qui est de toute évidence un champ de compétence provinciale parce qu'il sera autant question de la prestation des services dans ce domaine que lorsque nous avons cherché à savoir comment assurer la prestation de services de soins actifs. Nous ne nous sentons pas atrocement limités par l'ordre du gouvernement qui est en réalité responsable d'assurer la prestation des services. Nous essayons de dresser un plan à l'intention des deux ordres de gouvernement, si vous préférez.

J'aimerais commencer par demander aux deux témoins de nous donner un aperçu de ce qui est avéré efficace et de ce qui ne l'est pas, à l'égard tant de la santé mentale que de la toxicomanie, parce que notre véritable plan de travail vise la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Nous avons préféré intégrer la question des services de traitement de la toxicomanie à l'étude sur la santé mentale, plutôt que d'en faire une question distincte.

Voilà qui vous situe en contexte. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté notre invitation. Monsieur Casey, pourquoi ne pas commencer par quelques observations de votre part, après quoi Mme Hefford pourra prendre la parole, et nous passerons ensuite à une période de questions.

M. Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse, gouvernement de l'Australie: Pour en revenir à vos thèmes concernant ce que nous avons fait et ce que nous aurions pu faire différemment, comme vous le savez, notre système ressemble beaucoup à celui du Canada. Avant le début des années 90, le gouvernement fédéral ne s'intéressait pas du tout à la santé mentale, il n'y participait pas et n'avait pas compétence dans ce domaine.

À ce que l'on raconte, le ministère fédéral de la Santé avait affecté la moitié du temps d'un diététiste à voir à ses intérêts en matière de santé mentale, domaine qui relève définitivement des États et des territoires et qui, historiquement, trouve ses racines dans les vieux systèmes d'asile, d'aliénation mentale et de régime britannique qui ont été importés chez nous au XIX^e siècle.

Il est intéressant de noter que l'élan favorable à un changement en Australie est venu en réalité des États et des territoires qui demandaient au gouvernement fédéral d'assumer un rôle et d'intervenir en matière de soins de santé mentale. Plusieurs scandales sont survenus durant les années 80 dans des hôpitaux psychiatriques et ils ont vraiment permis de se concentrer sur les droits civils et les mauvais traitements. L'intérêt qu'a commencé à manifester le gouvernement fédéral pour une réforme de la santé mentale a été dicté en partie par des préoccupations selon

of poor mental health care, were actually a federal responsibility. The argument was put that the federal government is incurring large levels of expenses but has no control upstream in terms of improving our response to mental health. That was in the late 1980s and early 1990s.

In 1992, all health ministers agreed through the national Australian health ministers' council that there should be a national mental health strategy, and the federal government put in about Aus. \$140 million over a 5-year period as "hump" funding to attempt to support a change. There were some key objectives, but they were very much focused on what we would call the "public specialist mental health system." That system deals with people who have acute illnesses — psychoses, bipolar disorder — that population that has historically been cared for in asylums. We estimated in the mid-1960s that we had about 30,000 mental health beds in Australia for a population at that time of about 12 million people. We now have somewhere in the region of, in the public sector, 5,000 psychiatric beds for a population of 20 million.

The major focus in the first plan, which was agreed to in 1993, was on changing the service mix in relation to the public specialist system. It was not about downsizing the asylums because they had already been downsized. In the early 1990s, there were only about 9,000 psychiatric beds left in the country. The major deinstitutionalization was the start of the institutionalization that took place between the mid-1960s and the late 1980s. It went on through a number of closures, but there was very little in the way of a policy or a strategic program attached to that.

In 1993, much of the focus was on the public specialist system, and the fundamental changes have been to shift the service balance to decrease the reliance on in-patient care and to increase the amount of resources going into community care.

The federal government's role has been largely through providing only about 2 or 3 per cent of the state/territory expenditure to give them some investment potential to start to hump fund change.

In 1997 or 1998, through doing a national epidemiological study, we probably woke up to the realization that the major mental health problem for the whole community was not in relation to psychosis, bipolar and the low-prevalence disorders, but it was, in effect, in relation to the high-prevalence disorders.

lesquelles la responsabilité financière de soutien du revenu et des services d'emploi, qui étaient les conséquences en aval de soins de santé mentale médiocres, revenait en réalité au gouvernement fédéral. On a soutenu que le gouvernement fédéral engageait des dépenses très élevées, mais qu'il n'exerçait aucun contrôle en amont, c'est-à-dire en vue d'améliorer ce qui se faisait en santé mentale. Voilà pour le contexte vers la fin des années 80 et au début des années 90.

En 1992, tous les ministres de la Santé se sont entendus, par l'intermédiaire du conseil national des ministres de la Santé de l'Australie, pour adopter une stratégie nationale de la santé mentale, et le gouvernement fédéral a injecté quelque 140 millions de dollars australiens sur une période de cinq ans pour soutenir le changement pendant la période la plus difficile. Certains grands objectifs avaient été fixés, mais ils étaient très ciblés sur ce que nous qualifierions de «système public de soins de santé mentale prodigués par des spécialistes». Ce système s'occupe de personnes qui ont une maladie aiguë — des psychoses, le trouble bipolaire —, c'est-à-dire de la population qui par le passé était prise en charge par les asiles. Nous avons évalué, vers le milieu des années 60, que nous avions environ 30 000 lits réservés aux soins psychiatriques en Australie pour une population de quelque 12 millions de personnes. Actuellement, le ratio, dans le secteur public, est de quelques 5 000 lits psychiatriques pour une population de 20 millions.

Dans le premier plan, sur lequel il y a eu entente en 1993, on insistait surtout sur un changement dans la gamme des services offerts par des spécialistes du système public. Il n'était pas question de réduire les effectifs des hôpitaux psychiatriques, qui avaient déjà été soumis à de pareilles mesures. Au début des années 90, il ne restait plus au pays que 9 000 lits réservés aux soins psychiatriques environ. Cette baisse phénoménale du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques a marqué le début de la désinstitutionnalisation survenue du milieu des années 60 jusqu'à la fin des années 80. Elle s'est poursuivie par un certain nombre de fermetures, mais la politique ou le programme stratégique qui y était associé était vraiment réduit à sa plus simple expression.

En 1993, on a beaucoup mis l'accent sur le système public de soins spécialisés, et les changements fondamentaux apportés ont consisté à modifier l'équilibre des services offerts en diminuant le recours aux soins en établissement et en augmentant la quantité de ressources investies dans les soins communautaires.

Le rôle du gouvernement fédéral a consisté en grande partie à financer seulement 2 ou 3 p. 100 environ des dépenses des États et des territoires de manière à leur laisser une certaine marge de manoeuvre financière pour amorcer le changement.

En 1997 ou 1998, pendant que s'effectuait une étude épidémiologique nationale, nous avons probablement pris conscience que le principal problème en matière de santé mentale pour toute la collectivité n'était pas tant les psychoses, les troubles bipolaires et les troubles à faible taux de prévalence que les troubles à fort taux de prévalence.

As a result of work such as the Global Burden of Disease Study by Murray and Lopez, we expanded the policy focus to take a "whole population" view of mental health care.

This is important for two reasons. Under our health financing system, it has for the first time brought into play those parts of the health care systems, particularly general practitioners, that deal with the bulk of people who have high-prevalence disorders such as depression and anxiety. This was an area of health funding that the federal government did have responsibility for, so for the first time, it, in a sense, became our business as well.

The second important point was that in doing that, we have engaged in large-scale mental health literacy campaigns throughout the community, because we realized that people's knowledge of mental health problems was very low compared with the epidemiology, which was very high; and second, we became very aware that the stigma attached to mental health was also high, and therefore people who were experiencing mental health problems were not even seeking care in any of the health care systems that were available.

That has led us to some major problems in relation to trying to sustain and support our general practitioner workforce, looking at mental health in our schools, and having a much broader population health approach to this problem.

What would we have done differently? Probably the major thing that has emerged over the last 10 years for us is that because we were a health department, we focused on the health aspects of mental health care, but what we have become much more conscious of is that without an appropriate social care model that focuses on all the needs of people with mental health problems, we will only go so far.

Yes, we have had some major reforms in relation to the service system. However, what we have not been able to do very well yet is to provide the employment responses, the housing responses and the social care models that ensure people who are living with a mental illness — and I think that is the term we use now, it is not something that will be cured, necessarily — are able to do so with the maximum social interaction and social participation that in itself will help to keep them stable and will help towards recovery. Medical treatment alone will not be an adequate response for people with mental health problems.

Those would be my brief opening comments about the journey that we have taken. In summary, we found it important not just to focus on what was the traditional mental health system, the asylums and the low-prevalence disorders, that we needed to take a broader population approach; the second thing is that we did not give sufficient focus to the social care, income, employment and housing aspects, and again, certainly housing is very much a state and territory responsibility. In our third plan, to which ministers have just agreed, we are now starting to put a

À la suite d'études comme celle de Murray et Lopez sur le fardeau global de la maladie, nous avons commencé à tenir compte de la population globale en matière de santé mentale.

Le fait a son importance, pour deux raisons. En vertu de notre système de financement de la santé, pour la première fois, on tenait compte des composantes des systèmes de santé, particulièrement des omnipraticiens, qui traitent la plupart des gens qui ont des troubles à taux élevé de prévalence comme la dépression et l'anxiété. C'était là un volet du financement de la santé au sujet duquel le gouvernement fédéral avait une responsabilité. Donc, pour la première fois, la question est devenue en un certain sens de nos affaires.

Le second point, c'est qu'en même temps, nous nous sommes lancés dans de vastes campagnes d'information sur la santé mentale, parce que nous nous sommes rendu compte qu'on savait très peu au sujet des problèmes de santé mentale par rapport à l'épidémiologie, qui était très élevée. Ensuite, nous avons été très sensibilisés au fait que les stigmates liés à la santé mentale étaient également nombreux et que, par conséquent, ceux qui souffraient de troubles mentaux ne cherchaient même pas à obtenir des soins du système de santé.

La situation nous a causé de bien grands problèmes quand nous avons cherché à soutenir nos omnipraticiens, à examiner la santé mentale dans nos écoles et à adopter une approche beaucoup plus globale à l'égard de ce problème.

Vous m'avez demandé ce que nous aurions fait différemment. La constatation la plus importante que nous ayons faite au cours des dix dernières années est que, parce que nous sommes un ministère de la Santé, nous avons ciblé les aspects santé des soins de santé mentale. Par contre, nous sommes devenus beaucoup plus conscients qu'en l'absence d'un modèle de soins sociaux convenables axé sur tous les besoins des personnes ayant des troubles de santé mentale, on ne va pas très loin.

Nous avons effectivement réformé toute la prestation des services. Cependant, ce que nous n'avons pas réussi à très bien faire, c'est d'intervenir au niveau de l'emploi, du logement et des soins sociaux pour faire en sorte que ceux qui vivent avec une maladie mentale — je crois que c'est l'expression que nous utilisons actuellement puisque la personne ne guérira pas forcément — sont capables de le faire dans un contexte d'interaction sociale maximale et de participation à la vie sociale qui, comme telles, les aideront à demeurer stables et à se rétablir. Le traitement médical à lui seul n'est pas une réponse adéquate aux problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux.

Voilà ce que je puis vous dire rapidement du cheminement que nous avons fait. Bref, nous avons constaté non seulement qu'il était important de se concentrer sur le système classique de santé mentale, les asiles et les troubles à taux élevé de prévalence, mais également qu'il fallait adopter une approche plus globale; ensuite, nous nous sommes rendu compte que nous n'avons pas suffisamment insisté sur l'aspect des soins sociaux, du revenu, de l'emploi et du logement et, à nouveau, je précise que le logement relève nettement de la compétence des États et des

lot more focus on the concept of recovery and maintenance of care in the community than we would have even thought about 10 years ago.

The Chairman: Thank you for that overview. We will have a number of questions on it.

Ms. Hefford, do you want to make comments on your strategy? You call it a “drug strategy” and I would call it “addiction.” Could you comment in particular on how the linkages between the mental health strategy and your strategy work, or are you in fact two silos operating separately?

Ms. Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing, Government of Australia: Very broadly, Australia has had what we call a “National Drug Strategy” system since the mid-1980s. It is something that we have revised and refined over the years and it has been a learning experience at all levels, both at our federal health level and within state governments, right down to a local service and practitioner level.

In the latest iteration, there are things that I think we are certainly doing much better. One of those is that we have a much more collaborative approach now across sectors and through various levels of government. We now have a strategy into which the federal government has put \$1 billion over the last five or six years, and it involves health, law enforcement, education and customs at a federal, state and local level. We think that we are actually getting better at working through the issues because we have this cross-disciplinary, cross-sector approach. That means, for example, that we have been able to introduce early diversion programs for young people who are identified by the police as in possession of cannabis or small amounts of other drugs, and who are given the opportunity to choose not to have a sentence of any kind recorded but to go into assessment and treatment. Some of those things have been very successful. We have had between 30,000 and 40,000 young people diverted out of the judicial system and into treatment through that sort of process.

That said, despite the effectiveness that we would ascribe to our current three pillars, which are supply reduction, demand reduction and harm reduction and involve those various areas of government both at a federal and state level, the issue you are talking about now is the one where we would have to say we have been least effective. I would support a lot of the things that Mr. Casey has said, in that we would still have to say that one in four people with a substance use problem also has an underlying mental health problem. In fact, as many as 60 per cent or 70 per cent of clients of drug and alcohol treatment services have an underlying or undiagnosed mental health disorder.

territoires. Dans notre troisième plan, auquel viennent tout juste de souscrire les ministres, nous commençons à insister sur le concept du rétablissement et du maintien des soins dans la communauté, beaucoup plus que nous l'aurions même envisagé, il y a dix ans environ.

Le président: Je vous remercie de cet aperçu. Nous aurons plusieurs questions à vous poser à son sujet.

Madame Hefford, avez-vous des observations à faire au sujet de votre stratégie? Vous la qualifiez de stratégie contre la drogue alors que je parlerais de toxicomanie. Pourriez-vous nous parler plus particulièrement de la manière dont s'articulent les liens entre la stratégie en matière de santé mentale et votre stratégie ou sont-ce, en fait, deux stratégies complètement distinctes?

Mme Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse, gouvernement de l'Australie: Pour en parler en termes très généraux, l'Australie a ce que nous appelons une «stratégie nationale contre la drogue» depuis le milieu des années 80. Nous l'avons révisée et peaufinée au fil des ans, ce qui a été une expérience d'apprentissage à tous les niveaux, tant à notre niveau fédéral qu'au niveau des gouvernements d'État, sans oublier le niveau local de la prestation des services et des praticiens.

Dans la dernière version, il y a des choses que nous faisons assurément beaucoup mieux. Entre autres, il y a beaucoup plus de collaboration entre les secteurs et aux divers niveaux de gouvernement. Nous avons maintenant une stratégie dans laquelle le gouvernement fédéral a injecté un milliard de dollars au cours des cinq ou six dernières années. Elle englobe la santé, le maintien de l'ordre, l'éducation et les douanes au niveau fédéral, au niveau des États et au niveau local. Nous croyons mieux travailler en réalité à régler les problèmes grâce à cette approche transsectorielle et transdisciplinaire. Cela signifie, par exemple, que nous avons réussi à lancer des programmes de déjudiciarisation hâtive pour les jeunes qui se font prendre par les policiers en possession de cannabis ou de petites quantités d'autres drogues et auxquels on offre la possibilité de ne pas avoir de verdict enregistré contre eux à condition de se soumettre à une évaluation et à un traitement. Certaines de ces mesures ont connu beaucoup de succès. Ainsi, entre 30 000 et 40 000 jeunes ont été écartés du système judiciaire et ont reçu des traitements grâce à ce processus.

Cela étant dit, en dépit de l'efficacité dont nous qualifierions nos trois piliers actuels, qui sont une réduction de l'offre, une réduction de la demande et une réduction des effets néfastes et qui engagent la participation des diverses autorités tant au niveau fédéral que de l'État, la question dont vous discutez actuellement est une de celles au sujet desquelles il faudrait dire que nous avons été les moins efficaces. Je souscris à beaucoup de choses qu'a dites M. Casey, en ce sens qu'une personne sur quatre ayant un problème de toxicomanie continue d'avoir des troubles mentaux sous-jacents. En fait, jusqu'à 60 ou 70 p. 100 des clients des services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ont un trouble mental sous-jacent ou non diagnostiqué.

We probably deal least well with those clients, for all the reasons that you have suggested, that they fall between the gaps, they fall between the pillars in terms of either mental health and acute care settings or addiction and drug/alcohol treatment services. I have some suggestions for how you could look at some of those issues based on our experience, but I am happy to leave it at that and see where you want to go from your questioning.

The Chairman: Thank you both for that, and we will come, Ms. Hefford, to where you think we should go in a second.

Can I clarify several points? Ms. Hefford, when you talk about a drug strategy, do you include alcohol in that? You did not mention it and so I am wondering where alcoholism fits. Does it fit in the health care system, in the mental health system, or is it part of the drug strategy?

Ms. Hefford: There are a few things I will say about that. If you are asking me about the broad issue and the cost of drug-related harms in Australia, our biggest single issue is tobacco, which probably parallels the Canadian experience. The second biggest issue is the misuse, inappropriate use or diversion of pharmaceuticals, and below that we then have alcohol and poly-drug use. Poly-drug use is becoming the single biggest issue across the country for us, and probably this also parallels your experience. Every heroin user has also been using Benzos. They have also always been drinking. Most drug and alcohol treatment services — and we fund services that treat equally problems of addiction related to illicit and licit drugs — would all say that the most common scenario is that someone would present and claim to have a problem with a particular drug, but their secondary issue is almost always alcohol.

We fund services that would treat these in similar ways and we do not discriminate in the funding that we give to alcohol or other drug treatment services. We simply fund the IOD sector, alcohol and other drug treatment sector, to deal with issues of addiction from presenting clients.

Does that answer the question?

The Chairman: What that says to me, and which is good, is that you have a very broad interpretation or definition of drugs, in the sense that it includes alcohol, incorrectly used drugs and tobacco. Is that correct?

Ms. Hefford: That is right.

The Chairman: You are now in your third five-year plan, in the sense that this is your third strategy?

Mr. Casey: Yes. We say one strategy, three plans. We are in the third five-year period. Ministers have recently agreed to a further plan for five years. Each one builds on the previous one. We are

Ce sont probablement ceux avec lesquels nous réussissons le moins, pour toutes les raisons que vous avez avancées, soit qu'ils tombent entre les mailles du filet, qu'ils ne sont ni soignés dans un milieu hospitalier ou psychiatrique, ni traités pour leur toxicomanie et alcoolisme. J'aurais quelques suggestions à faire quant à la façon d'examiner certaines de ces questions en fonction de l'expérience que nous avons vécue, mais je vais m'arrêter ici et voir dans quel sens vont vos questions.

Le président: Je vous remercie tous deux de vos propos, et nous aborderons dans quelques instants, madame Hefford, les sujets qui selon vous devraient nous intéresser.

Puis-je demander quelques petits éclaircissements? Madame Hefford, quand vous parlez de stratégie contre les drogues, y incluez-vous l'alcool? Vous ne l'avez pas précisé, de sorte que je me demande où au juste s'inscrit l'alcoolisme. Est-il intégré au système de santé, au système psychiatrique ou fait-il partie de la stratégie contre les drogues?

Mme Hefford: J'aurais quelques points à préciser à ce sujet. Si vous m'interrogez au sujet du problème en général et du coût des effets néfastes des drogues en Australie, notre plus grand problème est le tabagisme, ce qui est probablement parallèle à l'expérience canadienne. Le second grand problème est la mauvaise utilisation ou la consommation à des fins inappropriées de produits pharmaceutiques, suivie de la consommation d'alcool et la polytoxicomanie. La consommation de plusieurs drogues à la fois est en train de s'imposer comme le plus grand problème chez nous, ce qui coïncide probablement également avec votre expérience. Chaque héroïnomane consomme également des Benzos. De plus, il a toujours consommé de l'alcool. La plupart des services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme — et nous finançons des services qui traitent également des problèmes de toxicomanie liés aux drogues licites et illicites — affirmeraient tous que le scénario le plus courant est le client qui se présente et prétend avoir un problème de consommation d'une drogue particulière, mais un problème secondaire est presque toujours l'alcool.

Nous finançons de la même manière les services qui traitent ces problèmes et ne faisons pas de discrimination dans le financement que nous accordons aux services de traitement qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres types de substances. Nous finançons simplement le secteur IOD, le secteur du traitement de l'abus de l'alcool et des autres toxicomanies, pour faire face aux problèmes de toxicomanie des clients qui se présentent.

Est-ce que cela répond à votre question?

Le président: Si je comprends bien, et c'est une bonne chose, vous avez une interprétation ou une définition très large des drogues dans ce sens qu'elle comprend l'alcool, les médicaments mal utilisés et le tabac. Est-ce exact?

Mme Hefford: C'est exact.

Le président: Vous en êtes maintenant à votre troisième plan quinquennal, du fait qu'il s'agit de votre troisième stratégie?

M. Casey: Oui. Nous disons une stratégie, trois plans. Nous en sommes à la troisième période de cinq ans. Les ministres ont récemment accepté un autre plan de cinq ans. Chacun bâtit sur les

moving now into what will eventually become a 15-year commitment. It remains under the banner of the National Mental Health Strategy.

The Chairman: I gather from what you have said that your focus has increasingly been on delivery. You recognize that you have to go beyond the narrow definition of "mental illness." You have broadened it to talk about the entire person and social delivery as well as health care delivery.

Am I correct? Since 1992, over the last 12 years, there has been the development of a broader concept of mental illness and, therefore, a broader set of tools to deal with the problem?

Mr. Casey: Yes, that is basically correct. That summarizes it. National coordination has now become much more important to us, not just in our role as the national government but also in assisting the states and territories. It has become much more relevant to some of the broader federal government objectives that we seek to achieve.

An example of that would be that through our epidemiological studies, we have been able to look at a subpopulation, those people who are in receipt of government assistance through pensions, unemployment benefits, et cetera. The prevalence rates for mental health problems amongst that subpopulation are much higher than in the general population. For sole-parent recipients of social security payments, we have prevalence rates for depression and anxiety of 40 per cent compared with the general population level of only a fifth of that.

This becomes relevant for the government when we are trying to increase social participation and return to work of people who have been on social security benefits. When the treasury is bringing forward data about population projections and the dependency ratio for an aging population, this becomes a relevant policy issue for our social security portfolio. It becomes a relevant policy issue for our employment and work-based relations portfolio.

In that sense, it is becoming more relevant to federal objectives, rather than the national government merely trying to assist the states and territories to run the health service more efficiently. It is becoming more of an entire government focus rather than just a health curative focus.

The Chairman: I am fascinated by the amount of data you have. Who is funding these epidemiological studies? I may be wrong, but I do not believe those data exist in Canada.

Mr. Casey: I do not believe you have done a national epidemiological study. The federal government decided to undertake our epidemiology study in 1995. We had the American epidemiology information. Quite frankly, our data

acquired the precedent. Nous nous dirigeons maintenant vers ce qui deviendra un jour un engagement de 15 ans. Mais cela demeure sous l'égide de la Stratégie nationale en matière de santé mentale.

Le président: Je crois comprendre à partir de ce que vous avez dit que vous mettez l'accent de plus en plus sur la prestation des services. Vous reconnaissez que vous devez aller au-delà de la définition étroite de «maladie mentale». Vous l'avez étendue pour qu'elle englobe la personne tout entière, la prestation des services sociaux aussi bien que la prestation des soins de santé.

Ai-je raison? Depuis 1992, au cours des 12 dernières années, il y a eu l'élaboration d'un concept plus large de maladie mentale et, par conséquent, d'un ensemble plus étendu d'outils pour faire face à ce problème?

M. Casey: Oui, ce que vous dites est fondamentalement exact. Cela résume le tout. La coordination nationale est maintenant devenue beaucoup plus importante pour nous, non seulement dans notre rôle comme gouvernement national, mais également pour apporter notre aide aux États et aux territoires. C'est devenu beaucoup plus pertinent dans le cas de certains objectifs plus larges que le gouvernement fédéral cherche à réaliser.

Un exemple de cela serait que par l'intermédiaire de nos études épidémiologiques, nous avons été en mesure d'examiner une sous-population, à savoir les personnes qui reçoivent une aide gouvernementale par le biais de pensions, de prestations d'emploi, et cetera. Les taux de prévalence des problèmes de santé mentale au sein de cette sous-population sont beaucoup plus élevés que dans la population générale. Dans le cas des prestataires de l'aide sociale uniparentaux, nous avons des taux de prévalence, dans le cas de la dépression et de l'anxiété, de 40 p. 100, alors que dans la population générale, ce taux de prévalence n'est que le cinquième de ce chiffre.

Cette information devient importante pour le gouvernement lorsque nous essayons d'accroître la participation sociale et la réintégration au marché du travail chez les gens qui reçoivent des prestations d'aide sociale. Lorsque le Trésor présente des données sur les projections démographiques et le rapport de dépendance pour une population vieillissante, cela devient une question politique pertinente pour notre portefeuille de la sécurité sociale. Cela devient une question politique pertinente pour notre portefeuille de l'emploi et des relations de travail.

Dans ce sens, cela devient plus pertinent pour les objectifs fédéraux, plutôt que de voir le gouvernement national simplement essayer d'aider les États et les territoires à gérer les services de santé de manière plus efficace. Cela devient davantage un sujet d'intérêt global pour le gouvernement plutôt qu'un sujet d'intérêt simplement du point de vue des soins de santé.

Le président: Je suis fasciné par la quantité des données que vous avez. Qui finance ces études épidémiologiques? Je peux me tromper, mais je ne crois pas que nous ayons ces données au Canada.

M. Casey: Je ne crois pas que vous ayez réalisé une étude épidémiologique nationale. Le gouvernement fédéral a décidé d'entreprendre notre étude épidémiologique en 1995. Nous avions l'information épidémiologique américaine. Pour

are not much different from theirs or any other country. However, unless they are Australian data, they do not have the relevance for policy development.

We carried out three studies in 1997. We carried out a household study in Australia. We did 10,600 interviews to gather our statistics. That is where we got our adult population information. We did a similar study for children and adolescents. We went to 3,500 homes and interviewed parents and children to get a better understanding of what it was like for people with low-prevalence disorders such as schizophrenia. We funded three catchment area studies throughout the country, mainly in urban areas, but we also took in some of the fringes. Those catchment studies identified all those people in the area who were known to agencies as having mental health problems and sought to interview them.

We have a very good epidemiological base. That cost us Aus. \$5 million between 1996 and 1998. We thought that that was a very good investment. Without those data, we would not be now able to address some of the policy issues and have a good understanding of the population.

When we got those data, we took them to the population under the slogan, "one in five." That was our slogan for five years. It was to increase public and political awareness of how significant mental health problems are to the community, and from which we could then develop some of our programs and policy responses.

Epidemiology was essential for bringing the community and the workforce to a common understanding of how the problem was being experienced in Australia.

The Chairman: Thank you for that. We will have to ensure that we get those kinds of Canadian data, because they do not exist.

I will turn to our deputy chairman, Senator LeBreton, who, interestingly enough, as one of her non-Senate activities, is the National President of an organization called Mothers Against Drunk Driving. She has had a long interest in the issue of addiction. I am delighted to have her as deputy chairman of the committee.

Senator LeBreton: The Chair's questions were a good lead-in to what I will ask. You talked about the mental health literacy campaign. One of the problems that we certainly found in our early studies was the issue of stigma.

Depression is one of the major problems. There are so many people who will question identifying a member of their family, or themselves, for that matter, as suffering from a mental illness because of the stigma.

dire franchement, nos données ne sont pas tellement différentes de celles des Américains ou de celles de n'importe quel autre pays. Cependant, si elles ne sont pas australiennes, elles n'ont pas de pertinence pour l'élaboration des politiques.

Nous avons réalisé trois études en 1997. Nous avons effectué une étude à domicile en Australie. Nos données statistiques sont tirées de 10 600 entrevues. C'est là que nous avons obtenu notre information sur la population adulte. Nous avons effectué une étude semblable pour les enfants et pour les adolescents. Nous nous sommes rendus dans 3 500 foyers pour interroger les parents et les enfants pour mieux savoir quelle était la situation pour les personnes ayant des maladies à faible prévalence, comme la schizophrénie. Nous avons financé des études dans trois bassins de population dans le pays, principalement en milieu urbain, mais nous avons également inclus certaines des périphéries. Ces études de bassins de population ont permis d'identifier toutes les personnes de la région connues par les agences comme ayant des problèmes de santé mentale et nous avons tenté d'interroger ces personnes.

Nous avons une excellente base de données épidémiologiques. Cela nous a coûté 5 millions de dollars australiens entre 1996 et 1998. Nous avons estimé qu'il s'agissait là d'un très bon investissement. Sans ces données, nous ne serions pas maintenant en mesure de faire face à certaines des questions politiques et nous n'aurions pas une bonne compréhension de la situation.

Lorsque nous avons obtenu ces données, nous les avons rendues publiques en utilisant le slogan: «Un sur cinq». Ce fut notre slogan pendant cinq ans. Le but était de sensibiliser davantage le public et le milieu politique à l'importance des problèmes de santé mentale pour la communauté et c'est à partir de cela que nous avons pu élaborer certains de nos programmes et de nos stratégies politiques.

L'épidémiologie a joué un rôle essentiel pour rassembler la communauté et les ressources en main-d'oeuvre autour d'une compréhension commune du problème tel qu'il était vécu en Australie.

Le président: Merci de ces observations. Nous devons nous assurer que nous obtenons ce genre de données au Canada, parce qu'elles n'existent pas.

Je vais donner la parole à notre vice-présidente, le sénateur LeBreton, qui, curieusement, parmi ses activités hors Sénat, est présidente nationale d'un organisme appelé «Les mères contre l'alcool au volant». Elle s'intéresse depuis longtemps à la question des toxicomanies. Je suis enchanté de pouvoir compter sur elle comme vice-présidente du comité.

Le sénateur LeBreton: Les questions du président ont bien préparé le terrain pour celles que je veux vous poser. Vous avez parlé d'une campagne de sensibilisation à la maladie mentale. Un des problèmes que nous avons évidemment rencontrés dans nos premières études est la stigmatisation.

La dépression est l'un des grands problèmes. Il y a beaucoup de personnes qui vont hésiter à dire qu'un membre de leur famille, ou elle-même, souffre d'une maladie mentale à cause de la stigmatisation.

I am interested in knowing how the mental health literacy campaign worked. Was it successful because you used these data? Who funded it and how long did the campaign last? Do you have any immediate feedback results on how this campaign and the issue of understanding mental health made its way into the population? Also, did people accept the campaign and allow you to gather more information as a result?

Mr. Casey: Let me respond to that, senator, by saying that in the mid-1990s we did a major, double-funded television, cinema and newspaper advertising campaign. Its only objective was to make people aware there were mental health problems.

We were really seeking to encourage a much more positive attitude, and I believe the television commercial slogan was along the lines of, "how much they suffer depends on you." It portrayed a number of scenarios in which we showed the difference between how we respond to and care for people who have a physical illness, and then how we respond to people who have mental health problems.

While we did not see a major shift in the population's attitudes toward mental health problems, even now people still remember the advertising campaign, so it did stick in their minds in some ways.

Following that, though, we have become much more targeted. We produced quite a lot of information leaflets, which we distributed through pharmacists, community organizations or whatever, and we probably gave out about 2 million of those in a two-year period. We have a mental health promotion program for our high schools, and nearly 70 per cent of them are now running that program. We have about 2,000 high schools.

This is really about changing the way in which young people start to learn about and experience this. It is coming through their curriculum and is very much a strategy focused on the next generation.

We have established a company, funded by government, called "beyondblue." It is a not-for-profit private company with a corporate objective of promoting a better understanding of depression. They fund a number of programs, so we have a major study ongoing on postnatal depression and are looking at bringing screening programs into our health care system. They are very much engaged in the media and have become the public face of mental health comment.

We have the National Mental Health Council that brings together all the mental health stakeholders in a federally funded organization that is there to speak to the federal government on

Je suis curieuse de savoir comment a fonctionné la campagne de sensibilisation à la maladie mentale. A-t-elle été un succès parce que vous avez utilisé ces données? Qui l'a financée et combien de temps a-t-elle duré? Avez-vous de la rétroaction immédiate sur la façon dont cette campagne et la question de comprendre la maladie mentale ont fait leur chemin dans la population? De plus, est-ce que la population a accepté la campagne et vous a-t-elle permis de recueillir plus d'information?

M. Casey: Laissez-moi répondre, sénateur, en disant qu'au milieu des années 90, nous avons entrepris une campagne de publicité majeure à financement double à la télévision, au cinéma et dans les journaux. Son seul objectif était de rendre les gens conscients de l'existence des problèmes de santé mentale.

Nous cherchions véritablement à susciter une attitude beaucoup plus positive et je crois que le slogan dans la publicité télévisée disait quelque chose dans le genre: «Dans quelle mesure vont-ils souffrir? Cela dépend de vous.» Il y avait un certain nombre de scénarios dans lesquels nous mettions en parallèle la façon dont nous réagissons aux personnes atteintes d'une maladie physique et la façon dont nous réagissons aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

Bien que nous n'ayons pas constaté de changement majeur dans les attitudes de la population face aux problèmes de santé mentale, même aujourd'hui, les gens se souviennent de la campagne publicitaire, alors elle a touché les esprits à certaines égards.

Cependant, par la suite, nous avons commencé à cibler beaucoup plus nos interventions. Nous avons produit un assez grand nombre de dépliants d'information, qui ont été distribués dans les pharmacies, les organismes communautaires et je ne sais quoi encore, et nous en avons probablement distribué environ deux millions au cours d'une période de deux ans. Nous avons un programme de promotion de la santé mentale dans nos écoles secondaires et près de 70 p. 100 d'entre elles utilisent ce programme. Et nous avons quelque 2 000 écoles secondaires.

Cette mesure vise en réalité à changer la façon dont les jeunes gens font connaissance avec cette réalité et font l'expérience de la maladie mentale. Cela leur est enseigné dans le cadre de leur formation scolaire et il s'agit d'une stratégie qui est fortement axée sur la prochaine génération.

Nous avons créé une entreprise, financée par le gouvernement, appelée «beyondblue». Il s'agit d'une entreprise privée sans but lucratif dont la mission est de promouvoir une meilleure compréhension de la dépression. Elle finance un certain nombre de programmes, dont une étude majeure qui est en cours sur la dépression postnatale et nous envisageons la possibilité d'ajouter des programmes de dépistage de cette dernière dans notre système de soins de santé. Elle est très présente dans les médias et est devenue l'incarnation du message en matière de santé mentale.

Nous avons le Conseil national de santé mentale qui réunit tous les intervenants dans le domaine de la santé mentale dans un même organisme financé par le gouvernement fédéral et qui a

behalf of the mental health community. Consumers, their families, politicians, non-government organizations, we have one organization for them all.

I think that was a major achievement, because one of the difficulties for government is being told different things by different people. Then, in making a decision, you will make some unhappy; but we have brought them together and told them to come to us with one voice. That has worked very well, and again, they have become a very important public focus for these activities.

There have been a number of elements rather than one strategy. Our recent data have shown us that we have improved mental health literacy in the Australian population by about 10 percentage points since 1996. Those data are shortly to be published and were gathered through a tracking study done by the Australian National University. We have just started to get their data, which are showing that it does make a difference to how well the public recognizes, understands and knows how to respond to people with mental health problems.

In the Australian community, 60 per cent of people surveyed say they either know someone at work, at home or a family member or a relative whom they believe has a mental health problem. Their perception of the problem is there. Their fear about being involved in it, the stigma, was still there. However, from tracking what happens in the media, we are able to see the way in which the positive stories have an effect.

We also had the National Media Strategy, where we worked directly with the media to promote more positive messages about mental health and suicide prevention. That strategy operates in the journalism schools and the universities, where we are teaching journalists about how they should approach these issues when reporting them to the community in a way that is not stigmatizing.

There has been a major funding strategy on the part of the federal government, because we see this as our responsibility. It is about the population as a whole, as opposed to the service delivery, which we see as a state and territory responsibility.

Senator LeBreton: Would I be right in assuming that a lot of this has addressed the issue of stigma? If people do not have to live with the fear of stigma, and they treat mental illness like any other illness, is it correct to say that because of these campaigns, it has been dealt with quite significantly?

Mr. Casey: I think it has been dealt with to an extent. We have no comparative data from any other strategies to assess whether something like a 10-point improvement is a good or a poor outcome. We have not seen anyone else look at this issue and track it over a period of time.

pour objectif de parler au gouvernement fédéral au nom de la communauté active dans le domaine de la santé mentale. Les consommateurs, leurs familles, les politiciens, les organismes non gouvernementaux, nous avons un organisme pour tous ces gens-là.

Je pense qu'il s'agit d'une réalisation majeure, parce qu'une des difficultés auxquelles est confronté le gouvernement, c'est de se faire dire des choses différentes par différentes personnes. Alors, lorsqu'il prend une décision, il rend certaines personnes malheureuses; mais nous les avons réunies ensemble et leur avons dit de nous parler d'une voix unique. Cela a très bien fonctionné et, encore une fois, cet organisme est devenu un important porte-parole pour ces questions.

Il y a eu un certain nombre d'éléments plutôt qu'une seule stratégie. Les données récentes indiquent que nous avons amélioré la sensibilisation de la population australienne à l'égard de la maladie mentale d'environ 10 p. 100 depuis 1996. Ces données seront publiées bientôt et ont été recueillies par une étude de suivi réalisée par l'Université Nationale australienne. Nous faisons tout juste commencer à recevoir leurs données, qui montrent que cela fait une différence dans la façon dont le public reconnaît et comprend les gens ayant un problème de maladie mentale et dans la façon dont elles réagissent à ces personnes.

Dans la collectivité australienne, 60 p. 100 des personnes interrogées disent connaître quelqu'un au travail, à la maison, un membre de la famille ou un parent dont ils pensent qu'il a un problème de santé mentale. Leur perception du problème est là. Leur crainte à l'idée d'en faire partie, la stigmatisation, est toujours présente. Cependant, en suivant ce qui se passe dans les médias, nous sommes en mesure de voir l'effet des histoires positives.

Nous avons également une stratégie nationale des médias, dans le cadre de laquelle nous travaillons directement avec les médias pour promouvoir des messages plus positifs à l'égard de la santé mentale et de la prévention du suicide. Cette stratégie fonctionne dans les écoles de journalisme et dans les universités, où nous apprenons aux journalistes la façon d'aborder ces problèmes dans un reportage, d'une manière qui n'entraîne pas de stigmatisation.

Il y a eu une stratégie de financement majeure de la part du gouvernement fédéral, parce que nous pensons qu'il s'agit de notre responsabilité. Cela concerne la population dans son ensemble, contrairement à la prestation des services que nous considérons comme la responsabilité des États et des territoires.

Le sénateur LeBreton: Ai-je raison de supposer qu'une bonne part de tout cela a porté sur la question de la stigmatisation? Si les gens n'ont pas à vivre dans la crainte de la stigmatisation et s'ils traitent la maladie mentale comme n'importe quelle autre maladie, est-il exact de dire qu'avec ces campagnes, on a franchi un grand pas?

M. Casey: Je pense que l'on en a franchi un certain pas. Nous n'avons pas de données comparatives avec d'autres stratégies pour déterminer si une amélioration de 10 p. 100 constitue un bon ou un mauvais résultat. Nous n'avons vu personne d'autre traiter de cette question et faire un suivi pendant une période de temps.

What we can say is that our hospital contact data and our health service contact data show that there is a greater proportion of the population seeking care than was the case when we did our epidemiology study. We would conclude from that that they are now at least more prepared to seek treatment — and of course there are many effective treatments.

We also know that we do not know enough about treating all conditions. One of the downsides is that people are looking for treatment — and this is particularly true where you have mental health and addiction problems combined — but we do not yet have the strategies for necessarily good outcomes from those treatments. We are still working to understand how best to treat people with co-morbid conditions.

No doubt we are seeing more people seeking care. We see that as a response to people feeling less stigmatized themselves. The downside is it is putting some pressure on our health system, because mental health preparations, mental health content, are increasingly higher as a proportion of all health services than comparable conditions. Therefore, we are starting to see a greater demand coming through in our data.

Senator LeBreton: I was very taken by Ms. Hefford's statement that 30,000 to 40,000 young people — and I am particularly interested because of my work with Mothers Against Drunk Driving — have been diverted out of the criminal justice system into the health care treatment system. How did that happen? Did you catch them before they got into the criminal justice system, or did they land there and you got them out before they became lifelong residents of that system?

Ms. Hefford: It has taken several years, and in large part, it has depended on getting a fundamental shift in policing attitudes. What we now have are police on the beat whose starting position is not how can I arrest this person, but how can I prevent this person from ever being in this situation again?

That means that young people who are found to have some cannabis, marijuana, on them, for example, are taken to the local watch house and given an explanation of the options — that they can be held over for consideration by a magistrate the following morning and may or may not have a criminal conviction recorded against them, or they can agree to go for counselling and assessment, and into treatment services if the assessment suggests that is warranted.

The great majority of young people, particularly first-time offenders, will choose to go the counselling-assessment-treatment path. Of course, we have to have protections in there so that if young people fail to show up for that counselling session, they

Ce que nous pouvons dire, c'est que nos données sur les prises de contact avec les hôpitaux et sur des prises de contact avec les services de santé révèlent que la proportion de la population qui cherche à obtenir des soins est plus grande qu'au moment où nous avons réalisé notre étude épidémiologique. Nous pourrions en conclure qu'au moins les gens sont maintenant plus prêts à chercher un traitement — et, évidemment, il y a de nombreux traitements efficaces.

Nous savons également que nous n'en savons pas suffisamment sur le traitement de toutes les maladies. Un des inconvénients, c'est que les gens cherchent à se faire traiter — et c'est particulièrement vrai dans les cas où vous avez un problème de santé mentale combiné à des problèmes de toxicomanie —, mais nous n'avons pas encore les stratégies pour obtenir de bons résultats, nécessairement, de ces traitements. Nous travaillons toujours à essayer de comprendre quelle est la meilleure façon de traiter les gens qui se présentent avec des états de comorbidité.

Il ne fait aucun doute que nous voyons plus de gens chercher à se faire traiter. Nous interprétons ce résultat comme signifiant que les gens estiment qu'ils sont moins stigmatisés. L'inconvénient, c'est que cela exerce une certaine pression sur notre système de santé, parce que les préparations dans le domaine de la santé mentale, le contenu en santé mentale, augmentent sans cesse par rapport à l'ensemble des services de santé, comparativement à des états comparables. Par conséquent, nous commençons à voir poindre dans nos données une demande importante.

Le sénateur LeBreton: J'ai été très touchée par l'affirmation de Mme Hefford qui disait que 30 000 à 40 000 jeunes — et je suis particulièrement intéressée à cette question en raison de mon travail avec Les mères contre l'alcool au volant — ont échappé au système judiciaire pour se retrouver plutôt dans le système de soins de santé. Comment cela est-il arrivé? Est-ce que vous les avez attrapés avant qu'ils soient rendus dans le système judiciaire ou étaient-ils déjà dans ce système et vous les en avez retirés avant qu'ils ne deviennent des résidents à vie de ce système?

Mme Hefford: Il a fallu quelques années et la situation a été tributaire en grande partie d'un changement d'attitude fondamental chez les policiers. Ce que nous avons maintenant, ce sont des policiers sur le terrain dont la position de départ n'est pas de savoir comment ils peuvent arrêter cette personne, mais comment ils peuvent empêcher cette personne de se retrouver de nouveau dans une telle situation?

Cela signifie que les jeunes qui ont en leur possession du cannabis, de la marijuana, par exemple, sont amenés au poste local où on leur explique les choix qui s'offrent à eux — ils peuvent être détenus jusqu'à ce qu'un magistrat se penche sur leur cas le matin suivant et ainsi s'exposer à la possibilité d'être accusés d'un délit criminel, ou ils peuvent accepter de se soumettre à une séance de consultation et d'évaluation et à un traitement si l'évaluation détermine que c'est nécessaire.

La grande majorité des jeunes, surtout ceux qui en sont à leur première offense, choisissent la voie de la consultation-évaluation-traitement. Évidemment, nous devons prévoir certaines mesures de sorte que si le jeune ne se présente pas à la séance de

forfeit their right to go that way. They are brought back and sent down the other path, toward the criminal justice or judicial system. However, it has been very successful.

As I said, it has required a shift in policing attitudes. It also requires that you have counsellors, assessment services and treatment services available right across the country. There is no point in offering this option to young people and then saying there is no capacity in this regional centre for us to provide you with that. It has meant ramping up the services in those areas.

It is fair to say that both the police and the judicial system were initially hesitant about the way this would work. They now see this as being of enormous benefit, because the great bulk of their time is spent working with the really hard cases, the really criminal end, and they are not what they would see as wasting their time with 14- and 15-year-old first offenders truanting from school who have been found with a small amount of marijuana in their pocket.

For us, there are some other advantages. We now have, I think for the first time ever, a downward trend in hepatitis C rates. Hepatitis C has been an issue in prisons in Australia for many years, and we know that people who go to prison on a drug-related offence will often end up coming out of the correctional system with a bigger drug-related problem, and some blood-borne viruses into the bargain. We had a downward trend in HIV/AIDS data for something like eight years in this country. Now, in the last couple of years, we have seen a downward trend in hepatitis C rates, which we think is a huge breakthrough.

Senator LeBreton: My last question is on diverting young people. Do you have a mechanism in the educational system whereby they are made aware that these programs are available to them, if in fact they ever do get themselves into that situation?

Ms. Hefford: There is no simple answer to that. The three pillars we use are supply reduction, which is about border controls and closing down clandestine drug laboratories and so on, removing the product from the streets; demand reduction, which is about school-based drug education and government-run campaigns to reduce the demand; and harm reduction, which is about our treatment services and diversion programs for young people. I would like to say to you that those three pillars mean that young people are aware of the pitfalls. However, the reality is that for a proportion of young people, school-based drug education programs are ineffective, partly because they have an undiagnosed trauma or background of abuse, which means that their life experiences are not touched by those education programs.

consultation, il renonce de ce fait à la possibilité d'emprunter cette voie. Le jeune est alors dirigé vers l'autre voie, c'est-à-dire celle du système judiciaire. Cependant, cette approche a connu beaucoup de succès.

Comme je l'ai dit, il a fallu un changement d'attitude chez les policiers. Il faut également avoir des conseillers, des services d'évaluation et des services de traitements accessibles partout au pays. Il ne sert à rien d'offrir cette possibilité à des jeunes pour se faire dire qu'il n'y a pas de capacité dans le centre régional pour offrir ce service. Il a fallu améliorer les services dans ces endroits.

Il est juste de dire qu'au début les policiers et le système judiciaire nourrissaient certaines réticences à l'égard de ce système. Aujourd'hui, ils considèrent que c'est très avantageux parce qu'ils peuvent consacrer le plus clair de leur temps sur les cas vraiment difficiles, les véritables criminels, plutôt que de perdre du temps avec des délinquants primaires âgés de 14 ou 15 ans qui font l'école buissonnière et qui se font prendre avec une petite quantité de marijuana dans les poches.

Pour nous, il y a certains autres avantages. Nous avons maintenant, pour la première fois de notre histoire je pense, une tendance à la baisse dans l'incidence de l'hépatite C. Depuis de nombreuses années, l'hépatite C constitue un problème dans les prisons australiennes et nous savons que les gens qui vont en prison finiront souvent par quitter le système correctionnel avec un problème lié aux drogues encore plus grave, avec en prime, certains virus transmissibles par le sang. Nous avons enregistré une tendance à la baisse dans les données sur l'incidence du VIH/sida depuis environ huit ans. Maintenant, depuis quelques années, nous voyons une tendance à la baisse dans le cas de l'hépatite C, ce qui, à notre avis, représente une percée majeure.

Le sénateur LeBreton: Ma dernière question porte sur la réorientation des jeunes. Y a-t-il un mécanisme dans votre système d'éducation qui permet d'informer les jeunes de la disponibilité de ces programmes, si jamais ils se retrouvaient dans cette situation?

Mme Hefford: Il n'y a pas de réponse simple à cette question. Les trois piliers de la stratégie que nous utilisons sont la réduction de l'offre, c'est-à-dire la surveillance des frontières et la fermeture des laboratoires clandestins, et cetera, éliminer le produit de la rue; la réduction de la demande, qui consiste à sensibiliser les jeunes aux drogues dans les écoles et qui comprend les campagnes gouvernementales pour réduire la demande; et la réduction des préjudices, qui concerne les services de traitements et les programmes d'orientation pour les jeunes. J'aimerais pouvoir vous dire que ces trois piliers signifient que les jeunes sont au courant des dangers. Cependant, la réalité, c'est que pour une certaine proportion des jeunes, les programmes de sensibilisation aux drogues dans les écoles sont inefficaces, en partie parce qu'ils souffrent d'un traumatisme non diagnostiqué ou qu'ils ont des antécédents d'abus, ce qui signifie que leurs expériences de vie ne sont pas touchées par ces programmes d'éducation.

That is a real issue for us. We seem now, in this discussion, to be moving from where Australia has been and some of our data to what we might change in policy terms if we were given the capacity. I can go on to do that, or I can wait until you want to get to that part of the discussion.

Senator LeBreton: That is fine.

The Chairman: You are on to it now, in terms of where you would go as opposed to where you have been, so why not go ahead.

Ms. Hefford: All right. The issue for us, as I have been saying, is undiagnosed, untreated trauma in young people, or abuse of young people. We know that these are precursors to young people either ending up on the streets or with an addiction problem or substance use problem linked to a mental health problem.

As to where I would go, I think there are a number of points. One of them is to look very carefully at earlier interventions. That means not just early interventions on the part of the health care system. You somehow have to enlist the support of police, school counsellors and others who might see things that are indicators of future trauma. Police attend car accidents where a member of a family is badly injured or perhaps killed. If there are young people present to witness that and they are not directed into counselling and support at that point, then you can expect that a few years down the road, such a young person will be a teenager with an undiagnosed trauma in a dysfunctional family. School counsellors pick up on truancy and other behaviour problems. It is trying to find ways of linking those commonplace, everyday issues and having those early interventions available so that young people who have those experiences are identified at an early stage as people whom the system needs to watch, who need access to more support and more care.

The other thing is we need to be conscious of the fact that we do have dysfunctional families. The family is not always the place for a young person to get the best support and assistance. On the other hand, some dysfunctional families can be helped, and young people can be helped when more support is directed to those families. Mr. Casey has talked about the need for a national mental health council such as we have in Australia. We need to accept that consumer advocacy is just as important in substance abuse as in other areas. It is not something we have done very well in this country but I think it could be shifted.

Il s'agit d'un véritable problème pour nous. Mais nous semblons maintenant, dans le cadre de cette discussion, quitter la question de la situation dans laquelle se trouvait l'Australie et la question de nos données pour parler plutôt de ce que nous aimerions changer en termes de politiques si nous en avions la capacité. Je peux en parler maintenant ou je peux attendre que vous soyez prêts à aborder cette partie de la discussion.

Le sénateur LeBreton: C'est très bien.

Le président: Vous êtes déjà rendu là, à savoir là où vous iriez par opposition à là où vous étiez, alors pourquoi ne pas continuer.

Mme Hefford: Très bien. Le problème pour nous, comme je le disais, ce sont les traumatismes non diagnostiqués, non traités chez les jeunes ou les abus commis envers les jeunes. Nous savons que ce sont là des situations qui prédisposent les jeunes à se retrouver dans la rue ou à avoir des problèmes de toxicomanie ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues liés à un problème de santé mentale.

Quant à savoir où je voudrais aller, je pense qu'il y a un certain nombre de points. L'un d'entre eux, c'est d'examiner très attentivement les interventions antérieures. Cela ne signifie pas seulement les interventions précoces de la part du système de soins de santé. Vous devez d'une manière quelconque obtenir l'appui des policiers, des conseillers scolaires et d'autres personnes qui pourraient voir des choses qui sont des indicateurs de traumatismes futurs. Les policiers doivent intervenir dans des accidents de la route où un membre de la famille peut être gravement blessé ou même tué. Si des jeunes sont témoins de ces événements et qu'on ne les dirige pas vers des séances de consultation et de soutien, on peut alors s'attendre que dans quelques années ces jeunes seront des adolescents porteurs d'un traumatisme non diagnostiqué dans des familles dysfonctionnelles. Les conseillers scolaires peuvent savoir si les jeunes font l'école buissonnière et déceler d'autres problèmes de comportement. Il s'agit de trouver des façons de lier ces problèmes courants, de tous les jours, et d'avoir ces interventions précoces disponibles de sorte que les jeunes qui vivent ces expériences sont repérés à un stade précoce comme des gens que le système doit surveiller, qui ont besoin d'avoir accès à plus de soutien et à plus de soins.

L'autre élément, c'est que nous devons être conscients du fait que nous avons des familles dysfonctionnelles. La famille n'est pas toujours l'endroit où un jeune peut obtenir le meilleur soutien et le plus d'aide. Par ailleurs, on peut aider certaines familles dysfonctionnelles et on peut aider les jeunes en accordant plus de soutien à ces familles. M. Casey a parlé de la nécessité d'un conseil national de santé mentale comme nous en avons un en Australie. Nous devons accepter l'idée que la défense du consommateur est aussi importante dans le domaine de la consommation d'alcool et d'autres drogues que dans n'importe quel autre domaine. Ce n'est pas quelque chose que nous avons bien réussi à faire dans ce pays, mais je pense que nous pourrions changer cela.

We saw the rise of a movement around supporting carers over the last 10 years. Carers are people who care for the frail, old or have a disability. We saw a huge rise in Australia in the amount of advocacy, support and understanding for carers who were caring for someone in their family who was frail and old and who would otherwise have been hospitalized or ended up in a nursing home.

We provided a lot of support and a lot of community understanding and recognition of what those people were doing. We need to think about how you would empower the consumer advocacy groups around substance abuse. There are parents and grandparents, even children, who are, in part, caring for or trying to support someone who has a substance use problem. We do not recognize those people and we do not have targeted supports for them. We do not have a recognized advocacy role or a lobbying role for them. We need to perhaps try to do some of that, to bring some greater public awareness to these issues and to help bring them out of the stigma category in which they still exist.

There is no doubt that people with a substance use problem in Australia are often self-medicating because they have a mental health problem, but are also dealing with a stigma associated with their substance use. We know that some GPs do not particularly want these people in their waiting rooms. We know that some pharmacists do not want these people coming in for their methadone or buprenorphine treatment, or even for clean needles. We know there are many barriers to accessing care and treatment and support, and we need to find ways of breaking down some of those.

I might leave it at that because I think I have taken it perhaps to the point where it is fair to toss it back to you.

I would like to parallel what Mr. Casey said about data. We actually have a National Drug Household Survey. Every three years we do a census of 27,000 households and we collect data on prevalence of use of all drug types. We use this to help us target treatments and identify where services are needed. It has been very valuable. I cannot emphasize too much how valuable having the data can be in dispelling some of the myths and in helping you target, geographically and regionally, the right service and setting in treating the right issue.

The Chairman: Thank you. We would totally agree with you on the data. I gather your data are collected by the equivalent of our Statistics Canada. It is the government?

Mr. Casey: That is right.

Nous avons assisté à la montée d'un mouvement visant à appuyer les aidants au cours des dix dernières années. Les aidants sont des personnes qui viennent en aide à d'autres personnes qui ont une santé fragile, qui sont âgées ou qui ont une incapacité. Nous avons vu en Australie une augmentation énorme du travail de défense, de soutien et de compréhension à l'égard des aidants qui s'occupent d'un membre de leur famille qui a une santé fragile ou qui est âgé et qui, autrement, serait hospitalisé ou se retrouverait dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Nous fournissons beaucoup de soutien et beaucoup de compréhension communautaire et de reconnaissance pour ce que ces gens font. Nous devons penser à la façon dont nous pourrions habiliter les groupes de défense en ce qui a trait à l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Il y a des parents et des grands-parents, même des enfants, qui en partie, aident ou tentent de soutenir quelqu'un qui a un problème de toxicomanie. Nous ne reconnaissons pas ces gens et nous n'avons pas d'aide ciblée pour eux. Nous n'avons pas un rôle de défense reconnu ou un rôle de lobbying pour eux. Nous devons peut-être essayer de faire un peu de cela, de sensibiliser davantage le public à ces questions et d'aider à les affranchir de la catégorie des stigmatisés à laquelle ils appartiennent toujours.

Il ne fait pas de doute que les personnes qui ont un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues en Australie pratiquent souvent l'automédication parce qu'elles ont un problème de santé mentale, mais également parce qu'elles font face à la stigmatisation liée à leur dépendance. Nous savons que certains omnipraticiens n'aiment pas particulièrement voir ces gens dans leur salle d'attente. Nous savons que certains pharmaciens n'aiment pas que ces gens viennent pour leur traitement à la méthadone ou à la buprénorphine, ou même pour chercher des aiguilles propres. Nous savons qu'il y a de nombreux obstacles qui bloquent l'accès aux soins, au traitement et à l'aide, et nous devons trouver des façons d'en surmonter quelques-uns.

Je pourrais m'arrêter ici, parce que je pense en avoir dit suffisamment.

J'aimerais faire un parallèle avec ce que M. Casey disait au sujet des données. Nous avons actuellement une enquête-ménage nationale sur les drogues. Tous les trois ans, nous faisons un recensement de 27 000 foyers et nous recueillons des données sur la prévalence de la consommation de tous les types de drogues. Nous utilisons ces données pour cibler les traitements et déterminer où des services sont nécessaires. C'est un outil très précieux. Je ne peux insister suffisamment pour vous dire dans quelle mesure les données sont précieuses pour écarter certains mythes et pour vous aider à cibler, géographiquement et régionalement, le bon service et le bon cadre pour traiter le problème réel.

Le président: Merci. Nous sommes parfaitement d'accord avec vous sur les données. Je suppose que vos données sont recueillies par un organisme équivalent à notre ministère appelé Statistique Canada. S'agit-il du gouvernement?

M. Casey: C'est exact.

The Chairman: I want to come back to some cost questions. Let me turn next to my colleague, Senator Morin, who in his previous life was dean of medicine at one of the country's biggest medical schools.

Senator Morin: I would like to refer to a recent international review by a group of experts who stated that Australia leads the world in, amongst other things, mental illness prevention. I know some of this has been alluded to earlier, but what specific measures do you have for mental illness prevention and do you have any evidence that it is in fact effective?

Mr. Casey: I am not sure what that publication was. I think one of the difficulties is people often confuse the terms "promotion" and "prevention." I would not say we have yet found ways in which to prevent the onset of illness. What we are working on is how we might be able to prevent episodic relapse.

We have done a lot of work in the area of early psychosis assessment services, but I do not think that any of us know enough about mental illness to know whether we can specifically prevent the onset.

Having said that, though, we are currently, through our "beyondblue" national depression initiative, undertaking a major study in schools looking at whether specific psychosocial interventions through the classroom can prevent the onset of depression and anxiety in adolescents. That trial intervention will not be completed for another two years. That is a specific attempt to see, in a randomized, controlled way, whether in fact we can change the prevalence rates and the incidence of depression and anxiety in an adolescent population in comparison with what we would expect from our epidemiological data.

I think we have promoted a much better understanding of mental illness. We have certainly restructured and enhanced our health care system and, to a lesser extent, broadened that into the other areas of social and health policy, including the police force. If, in that sense, it has had an impact on preventing people developing mental illness or in assisting early intervention, then I think we have done something, but we do not have any specifics — and I do not know of any else who does; I would love to hear about it if they do — that could prevent the onset of illnesses.

Senator Morin: Thank you very much. My second question deals with the private sector mental health services. In Canada, we have no private sector at all as far as physicians and hospitals are concerned. I was surprised to see, if my figures here are correct, that 50 to 60 per cent of all people seen by a specialist in the mental health sector are seen in the private sector. For us, this is completely unheard of.

Le président: Je veux revenir sur la question des coûts. Laissez-moi donner la parole à mon collègue, le sénateur Morin, qui, dans une vie antérieure, était doyen de l'une des plus grandes facultés de médecine au pays.

Le sénateur Morin: J'aimerais faire allusion à une étude internationale récente réalisée par un groupe d'experts qui affirme que l'Australie est à l'avant-garde dans le monde pour ce qui est, entre autres choses, de la prévention de la maladie mentale. Je sais qu'on a fait allusion à cette question plus tôt, mais quelles mesures précises avez-vous pour la prévention de la maladie mentale et avez-vous des indications qu'elles sont véritablement efficaces?

M. Casey: Je ne suis pas sûr de savoir de quelle publication il s'agit. Je pense qu'une des difficultés, c'est que les gens confondent souvent les mots «promotion» et «prévention». Je ne dirai pas que nous avons trouvé des façons de prévenir l'apparition de la maladie. Ce sur quoi nous travaillons présentement, c'est sur la façon dont nous pourrions prévenir les rechutes épisodiques.

Nous avons fait beaucoup de travail dans le domaine des services d'évaluation précoce de la psychose, mais je ne pense pas que personne d'entre nous en sache suffisamment au sujet de la maladie mentale pour savoir si nous pouvons spécifiquement en prévenir l'apparition.

Ceci dit, nous entreprenons actuellement, par le biais de notre initiative nationale sur la dépression, appelée «beyondblue», une étude de grande envergure dans les écoles pour déterminer si des interventions psychosociales spécifiques en classe peuvent prévenir l'apparition de la dépression et de l'anxiété chez les adolescents. L'intervention expérimentale ne sera pas terminée avant encore deux ans. Il s'agit d'une tentative précise pour voir, dans une expérience randomisée et contrôlée, si en fait, nous pouvons changer les taux de prévalence et d'incidence de la dépression et de l'anxiété dans une population d'adolescents, par comparaison avec ce que nous pouvons prévoir à partir de nos données épidémiologiques.

Je pense que nous avons fait la promotion d'une bien meilleure compréhension de la maladie mentale. Nous avons certainement restructuré et amélioré notre système de soins de santé et, dans une moindre mesure, intégré cela dans d'autres domaines de la politique sociale et sanitaire, y compris les forces policières. Et dans ce sens, si cette façon d'agir a permis d'empêcher les gens de développer une maladie mentale ou a facilité l'intervention précoce, alors je pense que nous avons fait quelque chose, mais nous n'avons rien de précis — et je ne connais personne qui en a; et si c'était le cas, j'aimerais bien le savoir — qui pourrait prévenir l'apparition des maladies.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup. Ma deuxième question porte sur les services de santé mentale du secteur privé. Au Canada, nous n'avons pas du tout de secteur privé en ce qui a trait aux médecins et aux hôpitaux. J'ai été étonné de voir, si les chiffres que j'ai ici sont exacts, que 50 à 60 p. 100 des personnes vues par un spécialiste en santé mentale le sont dans le secteur privé. Pour nous, c'est quelque chose de tout à fait inédit.

What is your impression of the private health service? If you started over again, would you still keep it? Do you think there are advantages in having it? Do you think there are disadvantages? What is your impression of the quality of care and the availability of the private sector health care?

Mr. Casey: That is a pretty broad question. I will try to break it down.

When we talk about the private sector in Australia, it is probably a bit of a euphemism. The public sector represents those services directly financed and run by state and territory governments, such as hospitals and community health systems — that historic constitutional responsibility for health care provision. When we talk about the private sector, we are talking about those services that are subsidized through our medicare system. In fact, government picks up 60 per cent of the cost of those services through its medicare funding.

Private services, in our case, would include general practitioners, because they are funded through medicare, or a psychiatrist in private practice. About 83 per cent of psychiatrists in Australia run private practices and do not work for the state mental health systems.

We also talk about the private hospital sector, which is available to people who have private health insurance. In Australia, everyone is covered by medicare. In addition, about 40 per cent of the population would have private health insurance. That private health insurance provides access to private health facilities, and that includes mental health services.

The insurance companies would like to get rid of psychiatric care from the schedule of services for which they have to pay, and they have tried in the past. The difficulty with mental health care is so little is known from the point of view of risk assessment, how low it should be, what the success rate should be, and what they should expect in terms of an ongoing pattern of care. If you break your arm, it gets fixed and you go on with your life. Subject to not falling again, your arm should be fine. With a mental health problem or psychiatric problem, that is not easy to articulate from the point of view of any understanding of the problem.

Our private sector is a mix. Private psychiatrists have tended until now to be very much in a primary treatment role. We would like to move them from seeing themselves as treating people with psychiatric and mental health problems to people who, because of their level of expertise, act as consultants to others. In the same way that consultant physicians, in relation to physical health, are the source of support and assessment for the general practitioner, we would like to move our private psychiatrists much more towards that role, and we are currently looking at our

Quelles sont vos impressions concernant les services de santé privés? Si vous deviez recommencer, est-ce que vous garderiez le secteur privé? Pensez-vous qu'il y a des avantages au fait qu'il soit présent? Pensez-vous qu'il y a des inconvénients? Quelles sont vos impressions sur la qualité des soins et sur l'accessibilité des soins de santé dispensés par le secteur privé?

M. Casey: C'est une question très vaste. Je vais essayer de la subdiviser.

Lorsque nous parlons du secteur privé en Australie, c'est probablement un euphémisme. Le secteur public représente les services financés et gérés directement par les gouvernements des États et des territoires, comme les hôpitaux et les services de santé communautaire, — qui sont historiquement responsables devant la Constitution de la prestation des soins de santé. Lorsque nous parlons du secteur privé, nous parlons des services qui sont subventionnés par le biais de notre régime d'assurance maladie. En fait, le gouvernement paie 60 p. 100 des coûts de ces services par l'intermédiaire du financement du régime d'assurance maladie.

Les services privés, dans notre cas, comprendraient les omnipraticiens, parce qu'ils sont payés par le biais du régime d'assurance maladie, ou un psychiatre en pratique privée. Environ 83 p. 100 des psychiatres en Australie ont des pratiques privées et ne travaillent pas dans le système de santé mentale de l'État.

Nous parlons également des hôpitaux privés, qui sont accessibles aux gens qui ont une assurance maladie privée. En Australie, tout le monde est couvert par le régime d'assurance maladie. De plus, environ 40 p. 100 de la population possède une assurance maladie privée. Cette assurance maladie privée donne accès à des installations de santé privées, et cela comprend des services de santé mentale.

Les compagnies d'assurance aimeraient se débarrasser des soins psychiatriques dans la gamme des services pour lesquels elles doivent payer, et elles ont tenté de le faire dans le passé. Le problème avec les soins de santé mentale, c'est qu'on sait si peu de chose du point de vue de l'évaluation du risque, à quel niveau il doit se situer, quel devrait être le taux de réussite, et ce à quoi elles doivent s'attendre en termes de soins permanents. Si vous vous fracturez le bras, on le répare et votre vie reprend son cours normal. Si vous ne faites pas une nouvelle chute, votre bras devrait bien se porter. Dans le cas d'un problème de santé mentale ou d'un problème psychiatrique, ce n'est pas quelque chose qui est facile à préciser, du point de vue de la connaissance du problème.

Notre secteur privé est un mélange. Jusqu'à maintenant, les psychiatres privés avaient fortement tendance à jouer un rôle de traitement primaire. Nous aimerions les amener à se voir non pas comme des personnes qui traitent des gens atteints d'une maladie psychiatrique et mentale, mais comme des personnes, qui, en raison de leur haut degré d'expertise, agissent comme des consultants auprès des autres. De la même manière que les médecins conseils, par rapport à la santé physique, constituent une source de soutien et d'évaluation pour les omnipraticiens, nous aimerions amener nos psychiatres privés à jouer ce rôle

financing strategies to encourage them to spend more of their time acting as consultant psychiatrists rather than treating psychiatric illness.

For our general practitioners, another part of our private system, the federal government introduced a program three years ago that is specifically designed to reward them financially for spending more time with people with mental health problems. It gives them access to referral to psychologists as an essential part of the mental health treatment team, and it also improves their education and training and provides them with emergency consultation services so that they do not feel they are left to deal with the problem alone if they engage with their patients' mental health problems. We have been told that if you are a GP and someone comes into your consulting room and you think they have a mental health problem, you keep quiet, because if you open the dialogue, you will still be there 20 or 30 minutes later, and of course, fee for service is the treatment model. We have encouraged them by saying that if it will take 20 minutes, we will pay them extra for taking the time. Currently, about 15 per cent of our GP workforce has enrolled in this program. We have about 3,500 GPs who are now enrolled in this program and recognize themselves as people who can offer slightly more and better mental health care. That is a new program.

The private hospitals will probably face some restructuring because ultimately, given the treatment services, their capacity to treat and the consumers' increasing desire to be treated at home and not in a psychiatric hospital, there will be less demand for private hospital beds for psychiatric care. We are encouraging the private provider industry to begin moving its service structure again towards community care, while still providing psychiatric care through the insurance premiums that people choose to pay. Sometimes, government regulation of the insurance industry gets in the way of good care. We are trying to look at the regulations to ensure that patients are still protected in relation to the premiums while allowing the providers to be more flexible in terms of the care that they provide and not create a barrier to good community care by forcing them to provide only in-patient care.

Our private sector is very complicated, but it does treat a pretty large proportion of the population, and the overall private sector, psychiatrists, GPs, and the private hospital providers, have all become part of the National Mental Health Strategy. It is not just a public sector strategy. We have engaged them. In a way, if you want to be involved in mental health care in this country, you have to join the club and be seen to be part of the strategy, or else you will be sidelined in any of the key policy decisions made in the country.

beaucoup plus, et nous examinons à l'heure actuelle nos stratégies de financement pour les encourager à consacrer plus de temps à agir comme psychiatre conseil plutôt qu'à traiter la maladie psychiatrique.

Pour nos omnipraticiens, une autre partie de notre système privé, le gouvernement fédéral a instauré un programme il y a trois ans qui est conçu expressément pour les récompenser financièrement de consacrer plus de temps aux gens atteints d'une maladie mentale. Ils ont la possibilité de faire intervenir des psychologues comme membres essentiels de l'équipe de traitement de la maladie mentale et cela améliore leur formation et leurs connaissances et leur assure des services de consultation d'urgence de manière qu'ils ne se sentent pas seuls pour régler le problème lorsqu'ils acceptent de s'occuper des problèmes de santé mentale de leurs patients. On nous a dit que si vous êtes omnipraticien et que quelqu'un se présente à votre cabinet et que vous pensez que cette personne a un problème de santé mentale, vous restez silencieux, parce que si vous ouvrez le dialogue, vous serez encore là vingt ou trente minutes plus tard et, évidemment, le paiement à l'acte est le mode de traitement en vigueur. Nous les avons encouragés en leur disant que si cela prend vingt minutes, nous allons les payer davantage pour avoir consacré ce temps aux malades. À l'heure actuelle, environ 15 p. 100 de notre main-d'oeuvre d'omnipraticien s'est inscrite à ce programme. Nous disposons donc de 3 500 omnipraticiens qui participent à ce programme et qui se reconnaissent comme des gens qui peuvent offrir un peu plus de soins en santé mentale et des soins un peu meilleurs. Il s'agit d'un nouveau programme.

Les hôpitaux privés devront probablement opérer une certaine réorganisation, au bout du compte, étant donné leur capacité de traitement et le désir de plus en plus fréquemment exprimé par les consommateurs d'être traités à la maison et non pas dans un hôpital psychiatrique, diminuant ainsi la demande de lits d'hôpitaux privés pour des soins psychiatriques. Nous encourageons les fournisseurs privés à commencer à réorienter leur structure de service vers les soins communautaires, tout en continuant de dispenser des soins psychiatriques grâce aux primes d'assurance que les gens choisissent de payer. Parfois, la réglementation gouvernementale du secteur de l'assurance fait obstacle à des soins de qualité. Nous essayons de revoir le règlement pour nous assurer que les patients continuent de recevoir une protection correspondant à leurs primes, tout en permettant aux fournisseurs une plus grande souplesse quant aux soins qu'ils dispensent et en évitant de les forcer à ne fournir que des soins en établissement, créant ainsi un obstacle à la qualité des soins communautaires.

Notre secteur privé est très compliqué, mais il traite une assez grande proportion de la population, et le secteur privé dans son ensemble, psychiatres, médecins de famille et hôpitaux privés, est devenu partie intégrante de la stratégie nationale en matière de santé mentale. Ce n'est pas seulement une stratégie du secteur public. Nous avons obtenu l'adhésion du secteur privé. En un sens, quiconque veut s'occuper de santé mentale dans notre pays doit adhérer au club et être perçu comme partie intégrante de la stratégie, faute de quoi il se retrouve sur la touche quant aux grandes décisions politiques prises à l'échelle nationale.

I have to say, in all honesty, that private psychiatrists have been the most disappointing in that respect, not because of a lack of willingness on the part of their leadership, but because they do not seem to be able to get take their eyes off the consulting couch for long enough to understand what is happening in the world. We are still working with them.

We think the private sector is an integral part of our health care system. The government's policy is such that people have choices in terms of where they receive their health care. In some states and territories, if you become a regulated patient or you are compulsorily admitted for psychiatric care, you can receive the care in a private hospital. That is not the case throughout the country but we are encouraging all states and territories to do that. If people have paid for private insurance and they need to be admitted to a psychiatric hospital, albeit under legislation, they are still entitled to receive the treatment for which they paid their insurance premium. We are trying to encourage all states and territories to have private facilities available because the government's policy is one system, multiple choice. I hope that answers some of your questions.

Senator Morin: It certainly does.

The Chairman: That was a wonderfully complete answer. If you are trying to persuade psychiatrists to move into more of a consulting role and do less primary care, does that mean you see the primary form of counselling coming from the general practitioner? Does your publicly funded program pay part or all of the cost of counselling services from, for example, a clinical psychologist, specially trained social worker or other people who are trained in that field but are not doctors?

Mr. Casey: Historically, our medicare system only provided rebates for medical services. The provider had to be a doctor. Increasingly, there is recognition that health care providers do not necessarily have to be doctors. In a recent initiative under our medicare system, as well as these sorts of more-options-better-outcomes GP programs, the government is starting to provide funding for the purchase of non-medical services as part of a multidisciplinary primary approach to health care. It is an emerging policy shift. The government has put its toe in the water and has begun to fund some levels of allied health care through our medicare system. I think this will increase. At the moment, there is a barrier to our primary care focus in mental health. One of the most effective treatments, particularly for common disorders, would be a combination of pharmacology and counselling psychotherapy, cognitive behaviour therapy or other therapy. We have a government subsidy for pharmacology and we are now increasing the government subsidy for counselling, psychotherapy and CBT. This is the shift that we are undertaking. We are starting to engage our psychologist workforce as part of a multidisciplinary health care system. That is part of the emerging picture and why we asked our psychiatrists to act more as consultants in the primary care area because we see it as the setting in which many mental health problems can be managed.

Je dois dire, en toute honnêteté, que les psychiatres privés ont été les plus décevants à cet égard, non pas à cause d'un manque de bonne volonté de la part de leurs dirigeants, mais parce qu'ils ne semblent pas capables de détourner les yeux du divan de consultation assez longtemps pour comprendre ce qui se passe dans le monde. Nous continuons à travailler avec eux.

Nous pensons que le secteur privé fait partie intégrante de notre régime de soins de santé. La politique du gouvernement est telle que les gens ont le choix quant à l'endroit où ils reçoivent leurs soins de santé. Dans certains États et territoires, un patient visé par la réglementation ou hospitalisé de force en soins psychiatriques peut se faire soigner dans un hôpital privé. Ce n'est pas le cas dans tout le pays, mais nous encourageons tous les États et territoires dans cette voie. Les gens qui ont payé un régime d'assurance privé et qui doivent être admis à l'hôpital psychiatrique, même sous le coup de la loi, ont quand même le droit de recevoir les traitements pour lesquels ils ont payé leurs primes d'assurance. Nous essayons d'encourager tous les États et les territoires à avoir des établissements privés, car la politique du gouvernement est d'avoir un seul système, mais de multiples choix. J'espère que cela répond à certaines de vos questions.

Le sénateur Morin: Absolument.

Le président: C'était une réponse extraordinairement complète. Si vous essayez de convaincre les psychiatres de s'occuper moins de soins primaires et d'agir davantage comme consultants, cela veut-il dire qu'à vos yeux, ce sont surtout les médecins généralistes qui doivent fournir les services de counselling? Est-ce que votre programme financé publiquement paie en tout ou en partie le coût des services de counselling dispensés par exemple par un psychologue clinicien, surtout des travailleurs sociaux ayant une formation spéciale ou d'autres personnes qui ont une formation dans ce domaine sans être médecin?

M. Casey: Historiquement, notre régime d'assurance-maladie remboursait seulement les services médicaux. Le dispensateur devait être médecin. De plus en plus, on reconnaît que les dispensateurs de soins de santé ne doivent pas nécessairement être tous médecins. Dans une récente initiative, autant dans le cadre de notre régime d'assurance-maladie que d'autres programmes axés sur un plus grand éventail de choix pour de meilleurs résultats, le gouvernement commence à donner de l'argent pour l'achat de services non médicaux dans le cadre d'une approche primaire multidisciplinaire des soins de santé. C'est une politique émergente. Le gouvernement a mis le doigt dans l'engrenage et a commencé à financer certains soins de santé connexes dans le cadre de notre régime d'assurance-maladie. Je pense que cela va aller en augmentant. À l'heure actuelle, il y a un obstacle à notre approche des soins primaires dans la santé mentale. L'un des traitements les plus efficaces, surtout pour les troubles les plus courants, serait un mélange de pharmacologie et de psychothérapie, de thérapie cognitivo-comportementale et d'autres thérapies. Nous avons une subvention gouvernementale pour la pharmacologie et nous augmentons actuellement la subvention gouvernementale pour le counselling, la psychothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale. Nous nous orientons dans cette voie. Nous commençons à faire appel à notre effectif de psychologues dans le cadre d'un régime

The Chairman: I have two comments. Primary care, from your point of view, is essentially the point of entry to the system, which it was not historically. Is that correct? It is now the primary point of entry.

Mr. Casey: That is the direction in which we are trying to shift the focus.

The Chairman: You talked about shifting to fund the services of non-physician health care providers. The issue that would immediately arise in this country is that it had better be done by increasing the size of the pie rather than by redistributing some of the funds that now go to the medical profession to another profession. In other words, have you increased the pie or have you changed the emphasis to accomplish this? Have you changed the distribution of the pie?

Mr. Casey: At this stage, we are increasing the level of available funding and putting it through our Australian divisions of general practice, which are like management groupings of GPs, across the country. We are putting any additional support money into general practice. The government recently introduced some access to medicare payments, but we are not quite sure how that will work. We are increasing the resources. The reality, in any of these change processes, is that to be seen taking from Peter to pay Paul will always create enormous political difficulties in terms of engagement. Going back to our start on this over 10 years ago, we did need some new money — hump funding or investment funding — so that we could put new measures in place. We did that and our data show that we have saved money. For all of the funding for our newly structured community-based mental health services in the states and territories, we can actually show the source of the dollars. We publish an annual report that monitors the progress of mental health change in the country and we track where the money goes. It is important in any reform process to keep your eye on the dollar, because there are many people who would steal any money that they see lying around in the health care system.

In fact, one of fears of the federal government 10 years ago was that if we were to give money for mental health, then the states and territories would simply take it and spend it somewhere else. We had an agreement with them that they would maintain their level of funding if the federal government added to the pie. We actually tracked the dollars and the states and territories had to report to a system of monitoring expenditure. We do not need that system now, 10 years later,

multidisciplinaire des soins de santé. C'est un élément de notre nouvelle approche et c'est pourquoi nous avons demandé à nos psychiatres d'agir davantage comme consultants dans le domaine des soins primaires parce que nous estimons que c'est dans ce cadre que beaucoup de problèmes de santé mentale peuvent être résolus.

Le président: J'ai deux observations. Les soins primaires, de votre point de vue, sont essentiellement le point d'entrée du régime, ce qui n'était pas le cas historiquement. Est-ce bien cela? C'est maintenant le principal point d'entrée.

M. Casey: C'est l'orientation que nous essayons de prendre.

Le président: Vous avez parlé de financer les services des dispensateurs de soins de santé qui ne sont pas médecins. La question qui se poserait immédiatement dans notre pays est qu'il vaudrait mieux faire cela en augmentant le montant total plutôt qu'en répartissant autrement les fonds actuellement consacrés à la profession médicale. Autrement dit, avez-vous augmenté le montant total ou bien avez-vous changé l'orientation pour atteindre ce but? Avez-vous changé la répartition des fonds?

M. Casey: Pour l'instant, nous augmentons le montant disponible et injectons cet argent dans les divisions australiennes de médecine générale, qui sont comme des regroupements de médecins de famille aux quatre coins du pays. Tout montant additionnel est injecté dans la médecine générale. Le gouvernement a récemment introduit un certain accès à des paiements d'assurance-maladie, mais nous ne savons pas très bien comment cela fonctionnera. Nous augmentons les ressources. La réalité, dans tout changement de processus, c'est que si les gens ont l'impression que l'on reprend d'une main ce que l'on donne de l'autre, cela créera toujours d'énormes problèmes politiques. Si l'on remonte au début de ce changement il y a plus de dix ans, il a fallu injecter de l'argent neuf, en quelque sorte des capitaux de démarrage, pour mettre en place de nouvelles mesures. Nous l'avons fait et nos données montrent que nous avons économisé. Pour toutes les sources de financement de nos services de santé mentale communautaire nouvellement réorganisés dans les États et les Territoires, nous pouvons préciser la source de l'argent. Nous publions un rapport annuel qui indique les progrès accomplis dans le domaine de la santé mentale dans notre pays et nous suivons l'argent à la trace. Il est important, dans tout processus de réforme, de ne pas perdre de vue les montants d'argent, parce qu'il y a bien des gens qui n'hésiteraient pas à voler de l'argent qui traînerait pour ainsi dire dans le système de soins de santé.

En fait, l'une des craintes du gouvernement fédéral, il y a dix ans, c'était que si nous donnions de l'argent pour la santé mentale, les États et les Territoires se contenteraient de le prendre et de le consacrer à autre chose. Nous avons une entente stipulant qu'ils maintiendraient leur niveau de financement si le gouvernement fédéral augmentait le montant total. Nous avons suivi à la trace l'argent dépensé et les États et Territoires devaient faire rapport à une instance de contrôle des dépenses. Nous n'avons plus besoin

because governments, realizing how important this is at a jurisdictional level, would not use the money for something else because it has become such a political issue in the communities.

In the beginning, if the federal government had put money in, you could bet your bottom dollar the states and territories would have taken it and spent it somewhere else. We actually did monitor and still monitor expenditure. It is in the nature of federal government-state relationships in a federation. There is always a sense of healthy skepticism between the national and the provincial governments. Therefore, recognizing that and doing something to ensure it did not become a barrier was an important goal of the original architects of this strategy, who recognized that we needed to monitor where the money was going.

The Chairman: Obviously, provincial or state politicians are identical regardless of where you live in the Commonwealth. We have had extraordinary experiences in a variety of federally funded programs such as health, post-secondary education and others, where exactly the same thing occurred. The federal government increased contributions and, strangely enough, somehow the total amount of money spent never increased. There was always some sleight of hand so it was difficult to pin down exactly how it was done. I served for a period both as secretary to a provincial cabinet and deputy secretary to the federal cabinet, so I actually did see the sleight of hand from both sides.

Senator Cook was intimately involved in developing community-based health care centres, as opposed to the non-institutional type of health care centres, in a number of small rural communities, where major hospitals and institutional care were not possible. She approaches the subject from what you called the broader social policy side rather than the classic medical side.

Senator Cook: Community-based centres provide the social peace that brings a person with mental illness back to normal living, if you like — the ability to cope or acquire some life skills to move on with life.

My first question is where is the social worker in the continuum of care for that person when we move into community-based services? What role do your NGOs, the volunteer sector, play in the rehabilitation and the care of the individual?

Mr. Casey: Are we talking about mental health services here?

Senator Cook: Yes.

The Chairman: We want to hear from Ms. Hefford on the same issue in terms of addiction or drug services.

de ce système aujourd'hui, dix ans plus tard, parce que les gouvernements, se rendant compte de l'importance de cet aspect au niveau juridictionnel, ne consacraient pas l'argent à d'autres fins lorsque que c'est devenu l'objet d'une chaude controverse politique dans la collectivité.

Au début, si le gouvernement fédéral injectait de l'argent, vous auriez pu parier votre dernier dollar que les États et les Territoires auraient consacré cet argent à quelque chose d'autre. En fait, nous avons fait un contrôle et nous continuons de contrôler les dépenses. C'est dans la nature des relations intergouvernementales dans une fédération. Il y a toujours un sain scepticisme dans les relations entre les gouvernements national et provinciaux. Par conséquent, il fallait être conscient de cette réalité et faire quelque chose pour s'assurer que cela ne devienne pas un obstacle; c'était là un objectif important des architectes originaux de cette stratégie, qui étaient conscients qu'il fallait contrôler à quoi l'argent servait.

Le président: Manifestement, les politiciens provinciaux ou nationaux sont identiques, dans tous les coins du Commonwealth. Nous avons eu d'extraordinaires expériences dans le cadre de divers programmes dont le financement est assuré par le fédéral, par exemple la santé, les études supérieures et d'autres, où il s'est passé exactement la même chose. Le gouvernement fédéral a augmenté le financement et, chose curieuse, le total de l'argent dépensé n'augmentait pas. On jouait toujours à des jeux de passe-passe de sorte qu'il était difficile de savoir exactement comment on s'y prenait. J'ai été pendant un certain temps secrétaire d'un cabinet provincial et sous-secrétaire du cabinet fédéral, et j'ai donc opéré moi-même ces tours de passe-passe d'un côté comme de l'autre.

Le sénateur Cook a travaillé de près à l'élaboration de centres de soins de santé communautaires, par opposition aux centres de soins de santé ne faisant pas appel au concept d'établissement, dans un grand nombre de petites localités rurales, où il n'était pas possible d'implanter de grands hôpitaux et des soins en établissement. Elle aborde la question sous l'angle de ce que vous avez appelé la politique sociale au sens large, plutôt que sous l'angle traditionnel strictement médical.

Le sénateur Cook: Les centres communautaires peuvent offrir la paix sociale permettant à une personne souffrant de maladie mentale de réintégrer une vie normale, si l'on peut dire, la capacité de faire face ou d'acquérir de nouvelles habiletés de base permettant d'affronter les vicissitudes de la vie.

Ma première question est celle-ci: où se situe le travailleur social dans le continuum des soins pour une personne dans cette situation, quand on applique le modèle des services communautaires? Quel rôle jouent vos ONG, le secteur bénévole, dans la réadaptation et les soins dispensés à la personne?

M. Casey: Vous voulez parler des services de santé mentale?

Le sénateur Cook: Oui.

Le président: Nous voulons entendre Mme Hefford sur la même question, relativement aux toxicomanies et aux services aux drogués.

Mr. Casey: I will answer for mental health services and ask Ms. Hefford to talk about how that is managed in relation to the drug services.

With respect to the social worker, the psychologist or the mental health worker, we have a mixture of professional groups that work in mental health services. I could not give you one picture for the whole country because it varies greatly.

However, if I take, for example, the State of Victoria, which probably has the best-structured service mix — and I am talking about people who have low prevalence, severe disorders such as psychosis, bipolar and so forth — we have community mental health teams that are area based. The state government runs them.

The State of Victoria also spends about 10 per cent of its health dollars on buying support services from the non-government sector. Those services are arranged from within accommodation services, so it is staffed accommodation in the community, residential hostels, or even group homes where a small number of people would live, supported either on a roster or 24-hour basis, depending on their level of disability, by paid staff from non-government organizations.

The community mental health teams visit people in the home. They provide support, and they would also refer them to other services while they are living in the communities. They might be living with their families; they might be living in a shared situation with others.

What we are finding more is that the most difficult problem facing people with a severe and persisting mental illness such as schizophrenia is not the health care they receive. Most of them have a health care professional, most of them are in touch with services and most of them are receiving medication. The idea that people with schizophrenia are living under the bridges and in the back streets of the cities, while it is true of a proportion, is not true of the general population with those illnesses. Where they miss out most is on social engagement and participation.

I do not know if you have heard of the Clubhouse model, which is like a day centre, run by consumers for consumers. We find that if somebody is involved in that model and then goes on to an employment placement program, he or she stands a much better chance of having successful employment outcomes than someone who has not been through one of those social training programs.

We are, in our third plan, as I said at the outset, putting much more focus on the idea of recovery, rather than just looking at treatments. Recovery, for us, is the life that people have to lead while they will likely continue to have this illness, and the risk of acute episodes, for anything up to 20 or 30 years. We want to focus on living in the community and living with the illness, but in a much more supportive and socially responsive

M. Casey: Je vais répondre à la question sur les services de santé mentale et je demanderai ensuite à Mme Hefford de vous parler de cette problématique sous l'angle des services aux toxicomanes.

Pour ce qui est du travailleur social, du psychologue ou du travailleur en santé mentale, nous avons un ensemble de groupes de professionnels qui travaillent dans les services de santé mentale. Je ne peux pas vous brosser un seul tableau pour tout le pays parce que la situation varie énormément.

Par contre, si je prends par exemple l'État de Victoria, qui a probablement les services les mieux structurés — et je parle ici des gens qui ont des troubles de faible prévalence, des troubles profonds comme les psychoses, le trouble bipolaire, et cetera — nous avons des équipes communautaires de santé mentale à la grandeur des régions. C'est le gouvernement de l'État qui s'en occupe.

L'État de Victoria consacre aussi environ 10 p. 100 de son budget de la santé à l'achat de services de soutien du secteur non gouvernemental. Ces services sont prélevés à même les services de logement; il s'agit donc de locaux avec personnel dans la collectivité, de résidences, ou même de foyers de groupe où habitent un petit nombre de gens, bénéficiant d'un soutien 24 heures sur 24 ou discontinu, selon la gravité de leur incapacité, assuré par un personnel rémunéré employé par des organisations non gouvernementales.

Les équipes communautaires de santé mentale rendent visite aux patients sur place. Ils offrent un soutien et peuvent aussi les diriger vers d'autres services pendant qu'ils habitent dans la collectivité. Ils peuvent habiter avec leur famille; ils peuvent habiter dans des logements partagés avec d'autres.

Nous constatons de plus en plus que le problème le plus difficile auquel sont confrontés les gens qui souffrent de maladie mentale grave et prolongée comme la schizophrénie, ce n'est pas les soins de santé qu'ils reçoivent. La plupart d'entre eux ont un professionnel de la santé mentale, la plupart sont en contact avec des services et la plupart reçoivent des médicaments. L'idée que les schizophrènes habitent sous les ponts et dans les ruelles du centre-ville a peut-être un fond de vérité, mais ce n'est pas le cas de la plupart des gens atteints de ces maladies. Ce qui leur manque le plus, c'est l'intégration sociale.

J'ignore si vous avez entendu parler du modèle de Clubhouse, qui est une sorte de centre de jour dirigé par les consommateurs pour les consommateurs. Nous constatons qu'une personne qui passe par ce modèle pour aller ensuite dans un programme de placement sur le marché du travail a de bien meilleures chances d'occuper un emploi avec succès qu'une personne qui n'est pas passée par l'un de ces programmes d'intégration sociale.

Dans le cadre de notre troisième plan, comme je l'ai dit au début, nous mettons beaucoup plus l'accent sur l'idée de récupération, au lieu de nous attarder uniquement aux traitements. Pour nous, la récupération, c'est la vie que ces gens-là devront continuer de mener alors même qu'ils continueront probablement de souffrir de cette maladie, avec le risque d'épisodes aigus pendant une période pouvant atteindre

way that would prevent them from becoming users of health care services by having frequent episodes of illness that would lead to hospital readmission.

Neurologists also tell us that the more times that you have a psychotic episode in schizophrenia, the greater the brain damage that will occur and the more likely it is you will have recurring psychotic episodes. Even in a treatment sense, it is much better to maintain and care for people in a more stable environment, given that they will spend long periods of time in recovery and are unlikely to ever be cured of some of these very severe illnesses.

Senator Cook: Does the federal system fund these programs, are they funded by the state or does the state deliver them on behalf of the federal system? How do you funnel the money to those community-based programs?

Mr. Casey: The states and territories are responsible for funding services. The federal government does fund some services, but more in terms of demonstration projects. Increasingly, we have become directly involved, as Ms. Hefford said, in funding some drug services. Generally, states and territories provide and fund services. The federal government funds the states and territories.

When the federal government provides health funds to the states and territories, a specific element of that funding is for mental health care reform. We use that money to help the states and territories reorient the way in which services are provided.

None of us is naive enough to believe there is an endless bucket of money that can continue to be poured into service provision. Like any other country, we probably do not spend enough on mental health care, given the disability burden that it imposes on the communities. I do not think we are any different from any other country in that respect. However, we are able to help people reorient and re-engineer their systems to be more effective, and that means moving some of the resources away from a focus on health care and health treatment alone and understanding that that alone will be a wasted investment if you do not have other services.

Different states and territories make their own decisions. Victoria spends 10 per cent of its health budget on non-government organizations as parts of its mental health financing. In New South Wales, however, it is 4 per cent. It is interesting that those states and territories that have the most political difficulties to deal with are those that spend the least on community care. A state government with high spending on community care is less likely to experience political trauma around mental health.

20 ou 30 ans. Nous mettons l'accent sur la vie au sein de la collectivité, la capacité de vivre avec la maladie, mais dans un cadre offrant un bien meilleur soutien et une intégration sociale qui les empêchera de devenir des utilisateurs chroniques des services de soins de santé à cause de fréquents épisodes de maladie entraînant la réhospitalisation.

Les neurologues nous disent par ailleurs que plus les épisodes psychotiques sont nombreux en schizophrénie, plus les dommages au cerveau sont étendus et plus forte est la probabilité d'avoir par la suite de nouveaux épisodes psychotiques. Même dans le cadre du traitement, il est de loin préférable de soigner les gens dans un environnement plus stable, étant donné qu'ils passeront de longues périodes de convalescence et qu'il est improbable que le patient soit jamais guéri définitivement de ces maladies très graves.

Le sénateur Cook: Est-ce que le régime fédéral finance ces programmes, sont-ils financés par l'État ou bien l'État les administre-t-il au nom des autorités fédérales? Comment acheminez-vous l'argent à ces programmes communautaires?

M. Casey: Les États et Territoires sont chargés de financer les services. Le gouvernement fédéral finance bien certains services, mais il s'agit plutôt de projet de démonstration. De plus en plus, nous finançons directement certains services de toxicomanie, comme Mme Hefford l'a dit. En général, les États et territoires fournissent ces services et en assurent le financement. Le gouvernement fédéral finance les États et Territoires.

Quand le gouvernement fédéral fournit de l'argent pour la santé aux États et Territoires, un élément spécifique de l'argent est consacré à la réforme des soins de santé mentale. Nous utilisons cet argent pour aider les États et Territoires à réorienter la manière dont les services sont dispensés.

Aucun d'entre nous n'est assez naïf pour croire que la source de l'argent est intarissable et que l'on pourra continuer indéfiniment d'engloutir de l'argent dans la prestation des services. Comme n'importe quel autre pays, nous ne dépensons probablement pas assez pour la santé mentale, étant donné le fardeau que cela impose aux collectivités en termes d'incapacité. Je ne pense pas que nous soyons différents de tout autre pays à cet égard. Cependant, nous sommes en mesure d'aider les gens à réorienter et à réorganiser leur système pour qu'il soit plus efficace, et cela veut dire qu'il faut détourner une partie des ressources consacrées exclusivement aux soins de santé et au traitement, étant entendu que cet investissement à lui seul serait gaspillé en l'absence d'autres services.

Chaque État et territoire prend ses propres décisions. Victoria consacre 10 p. 100 de son budget de la santé aux organisations non gouvernementales dans le cadre du financement des soins pour la santé mentale. En Nouvelle-Galles du Sud, par contre, c'est seulement 4 p. 100. C'est intéressant de constater que les États et Territoires qui ont les plus grandes difficultés politiques dépensent le moins pour les soins communautaires. Un gouvernement d'État qui dépense beaucoup pour les soins communautaires a moins de chances d'être confronté à des difficultés politiques dans le domaine de la santé mentale.

Mental health is a significant political issue in Australia. We have quite a strong consumer-led voice, and in fact, the patron of our National Mental Health Council is the under-treasurer in the federal government.

There has been a significant development in engaging the political leadership in the country as part of the mental health community, and that has been a specific strategy of ensuring that the political leadership is well informed and also well respected for its positive response to mental health care at both the state and federal levels.

We have a very articulate consumer movement that is well educated. Obviously, it is inappropriate for us to be engaged in lobbying our own governments. The government funds its own lobbying mechanisms, but through an articulate mechanism that is responsive to the needs of government, the political leadership and its constituency.

Senator Cook: Your national drug formulary provides free access to prescription drugs outside a hospital setting, subject to an annual threshold. I would like you to help me understand that. Does access to the drugs flow through the system to the consumer?

Mr. Casey: It is more the other way around. Everyone has access to those drugs that are approved by the scheme and makes a copayment.

If you are a health card holder, a social security recipient, you will pay approximately \$3 per prescription. After your payments reach a certain threshold — and I cannot remember exactly what it is — you pay nothing.

We have a safety net for people who are high users of any form of pharmacology. Every time I fill a prescription for myself or a member of my family, it costs me \$23 or \$24, regardless of the cost of the drug. It is a fixed copayment. If I were a social security recipient, I would only pay \$3.

Access to pharmacology is structured in such a way that that should not be a barrier. Other than to the extremely poor or people who have no disposable income, it should not be a barrier.

Senator Cook: Mr. Chairman, we have not asked about indigenous people. I think it would be remiss of us not to do so, in light of the fact that our next study concerns our First Nations people. I am interested in hearing about your indigenous people. Do they live primarily in rural areas, urban areas or on reserves? What is the level of mental illness?

Ms. Hefford: We are having a little discussion here because neither of us has a strong background in what we would call indigenous health. However, I will kick off by saying that the majority of indigenous Australians do not live in remote areas,

La santé mentale est une importante question politique en Australie. Nous avons un groupe de consommateurs bien organisé; en fait, le président d'honneur de notre conseil national de la santé mentale est le sous-trésorier du gouvernement fédéral.

Il y a eu un très fort mouvement d'engagement du personnel politique du pays de la part de la communauté de la santé mentale, et cette stratégie visait explicitement à s'assurer que les dirigeants politiques soient bien informés et aussi respectés pour leurs réactions positives dans le dossier de la santé mentale au niveau fédéral et des États.

Nous avons donc un mouvement des consommateurs très bien informé et qui fait entendre sa voix. Évidemment, il ne convient pas que nous fassions du lobbying auprès de nos propres gouvernements. Le gouvernement finance ses propres mécanismes de lobbying, mais par l'entremise d'un mécanisme bien huilé qui répond aux besoins du gouvernement, des dirigeants politiques et de leurs commettants.

Le sénateur Cook: Votre formulaire pharmaceutique national prévoit le libre accès aux médicaments d'ordonnance à l'extérieur du cadre hospitalier, sous réserve d'un seuil annuel. Je voudrais que vous m'aidiez à comprendre cela. Le régime dispense-t-il directement les médicaments aux consommateurs?

M. Casey: C'est plutôt l'inverse. Chacun a accès aux médicaments qui sont approuvés par le régime et chacun fait un copaiement.

Un détenteur de carte d'assurance-santé, un bénéficiaire de la sécurité sociale paye environ 3,00 \$ par ordonnance. Quand les paiements accumulés atteignent un certain seuil, — je ne me rappelle pas exactement à combien il se situe — on ne paie plus rien.

Nous avons un filet de sécurité pour les grands consommateurs de médicaments. Chaque fois que je remplis une ordonnance pour moi-même ou un membre de ma famille, cela me coûte 23 \$ ou 24 \$, quel que soit le coût du médicament. C'est un copaiement fixe. Si j'étais bénéficiaire de la sécurité sociale, je paierais seulement 3 \$.

L'accès aux médicaments est structuré de telle manière que cela ne devrait pas être un obstacle. Sauf pour les gens extrêmement pauvres qui n'ont aucun revenu disponible, cela ne devrait pas être un obstacle.

Le sénateur Cook: Monsieur le président, nous n'avons pas posé de questions sur les Autochtones. Je pense que nous nous en voudrions de ne pas le faire, étant donné que notre prochaine étude portera sur nos Premières nations. Je voudrais que vous nous parliez de vos Autochtones. Habitent-ils surtout dans les régions rurales, en ville ou dans des réserves? Quel est le niveau de maladie mentale?

Mme Hefford: Nous nous consultons parce que ni l'un ni l'autre de nous deux ne connaît bien ce que nous appelons la santé autochtone. Je vais toutefois me lancer en disant que la majorité des Autochtones australiens n'habitent pas dans des régions

although the proportion that do have substantially greater problems around access to and support through health care systems than those who live in metropolitan areas.

Indigenous people fare far worse in our system in terms of all substance use. Prevalence rates for smoking, for example, are far higher among indigenous Australians than among non-indigenous Australians. Substance abuse issues, particularly with alcohol and petrol sniffing, are extreme in some indigenous communities.

Indigenous people have lower health ratings than non-indigenous Australians. The average life expectancy of an indigenous person is some 20 years lower than for a non-indigenous Australian.

If you wanted to have a more detailed discussion about indigenous Australians in terms of the kinds of programs that we have run and where we think there are opportunities for success, I suggest that we set up another session with some of the people who have worked extensively in this area. There are people with quite a lot of background and expertise in this who would be able to give you a great deal more assistance than either of us. We can only talk about the issues around mental health and substance use for that population. I think you would need to have a conversation about the broader health outcomes and health indicators for the whole of the indigenous population.

Mr. Casey: To add to that, about 1.5 per cent to 2 per cent of the population would be indigenous Australians. Everything that Ms. Hefford has said would be reflected in mental health care, that we would know that what we refer to in indigenous communities — and increasingly now use the language in the broader community — is not that they have psychiatric problems or mental illnesses, because culturally that is very challenging. We talk about the emotional and social well-being of the indigenous community. In some ways, that starts to mirror some of my previous comments about the general community. Our view of the state of one's psychological well-being and where that sits on the continuum between what we might just call normal psychological stress and when it become illness, and the relationship between those sorts of illnesses and the illnesses of schizophrenia or bipolar disorder, is coming much more to the fore in Australia. That is because the government has recently considered a report on the relationship between neurological and psychiatric disorders.

If we put the broad issues of neurological and psychiatric mental health problems together, the way in which our brain and our nervous system combine, we find that that far outweighs the total burden of any other health condition. It leaves cardiovascular disease for dead — excuse the pun — in terms of the burden it imposes on the community.

Increasingly, we are moving to looking at the relationship between the mind and the body, to use the old Cartesian separation of 400 years ago.

éloignées, quoique ceux qui le font ont beaucoup plus de problèmes d'accès aux soins de santé que ceux qui habitent en ville.

Les Autochtones ont des taux beaucoup plus élevés chez nous pour toutes les toxicomanies. Le taux de tabagisme, par exemple, est beaucoup plus élevé parmi les Australiens autochtones que parmi les Australiens non autochtones. Les problèmes de toxicomanie, surtout l'alcoolisme et l'inhalation d'essence, atteignent des proportions extrêmes dans certaines communautés autochtones.

Les Autochtones ont une plus mauvaise santé que les Australiens non autochtones. L'espérance de vie moyenne d'une personne autochtone est plus courte d'une vingtaine d'années que celle d'un Australien non autochtone.

Si vous voulez avoir une discussion plus détaillée sur les Autochtones australiens et sur les programmes que nous avons mis en place et les possibilités de succès que nous discernons, je propose d'organiser une autre séance avec des responsables qui ont beaucoup travaillé dans ce domaine. Nous avons des gens qui ont énormément d'expérience et d'expertise dans ce domaine et qui pourraient vous être beaucoup plus utiles que nous. Nous pouvons seulement vous parler des problèmes de ce groupe de population en matière de santé mentale et de toxicomanie. Je pense qu'il vous faudrait avoir une conversation plus générale sur la santé et les indicateurs de santé pour l'ensemble de la population autochtone.

M. Casey: J'ajoute à cela qu'environ 1,5 p. 100 à 2 p. 100 de la population est composée d'Australiens autochtones. Tout ce que Mme Hefford vous a dit se reflète dans le dossier de la santé mentale. Par ailleurs, quand il est question de santé mentale parmi la population autochtone, nous ne disons pas qu'ils ont des problèmes psychiatriques ou qu'ils souffrent de maladies mentales, parce que cela pose de graves problèmes sur le plan culturel. Nous utilisons d'ailleurs de plus en plus un autre langage de façon généralisée. Nous parlons plutôt du bien-être affectif et social de la communauté autochtone. À certains égards, cela commence à refléter mes observations antérieures au sujet de la population dans son ensemble. La question du bien-être psychologique et du continuum entre ce que l'on pourrait appeler le simple stress psychologique normal et la maladie mentale, et des liens entre ces diverses maladies et la schizophrénie ou le trouble bipolaire est de plus en plus d'actualité en Australie. C'est parce que le gouvernement a récemment étudié un rapport sur les liens entre les troubles neurologiques et psychiatriques.

Si l'on met ensemble tous les problèmes neurologiques et psychiatriques, regroupant toutes les pathologies du cerveau et du système nerveux, on constate que cela dépasse de loin l'ampleur de toute autre pathologie. Les maladies cardio-vasculaires en prennent pour leur rhume — excusez le jeu de mots — quant à l'ampleur du fardeau qu'elles imposent à la collectivité.

De plus en plus, nous sommes amenés à examiner la relation entre l'esprit et le corps, pour reprendre cette vieille séparation cartésienne d'il y a 400 ans.

I also have responsibility for national health priorities. As well as mental health and suicide prevention, my area also covers our national health priorities, which are CVD, diabetes, asthma and cancer. Increasingly, we are finding that there is a high correlation between people who are experiencing physical health problems that create the greatest health burden on the community and those who have a high level of co-morbid mental health and psychosocial problems.

That is an enormous challenge to the way in which we deal with the historical focus on our physical health system, if there is a strong underpinning around the psychological well-being of the individual. I suppose that is part of an attempt to say that the indigenous people have a lot to offer us in understanding the relationship between how you experience your world from your psychological and your social perspective, and what implications that has for how you physically can live your life in terms of a sense of wellness. That is coming back into our thinking, because they link the two. Your physical health and your mental health have to be linked together. We are starting to learn from that that perhaps we should look more closely at how those things interrelate, which goes back to the chairman's comment at the beginning of this discussion about why we have moved to a much broader population health focus in all of the programs we are working on. We cannot just see health in terms of treatment and medicine; we must see it as part of a broader social well-being issue for the community.

I will not speak about it now, but that has led us into a number of discussions with our economic agencies, such as treasury and employment, because these become key issues in their policy thinking as well. We have talked about the social health burden. What we have not touched on is the economic burden. What is starting to interest our central agencies, our finance areas in government in Australia, is the data we can provide them on the economic consequences of a poorly managed mental health/substance abuse system. What is the economic impact on the community? The numbers are enormous.

We have just started to explore that as part of this broader policy focus. This is because it is a national government issue.

We do not deal with the day-to-day issue of providing care for individuals, but we are starting to deal with some of the policy repercussions and the policy opportunities that arise in the larger society when there is a focus on better mental health care in the community. That is part of the exciting challenge of the next 10 years.

Je suis également responsable des priorités nationales en matière de santé. En plus de la santé mentale et de la prévention du suicide, mon domaine recouvre également nos priorités nationales en matière de santé, qui sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'asthme et le cancer. De plus en plus, nous constatons qu'il y a une étroite corrélation entre les gens qui éprouvent des problèmes de santé physique qui représentent le plus lourd fardeau de santé pour la collectivité et ceux qui ont un taux élevé de problèmes psychosociaux et de santé mentale concomitants.

C'est un défi énorme, compte tenu de l'orientation traditionnelle de notre régime de santé vers les affections physiques, si l'on constate que le bien-être psychologique de l'individu joue un rôle sous-jacent important. Je suppose que cela s'inscrit dans une tentative de dire que les Autochtones ont beaucoup à nous offrir pour ce qui est de comprendre la relation entre la façon dont on fait l'expérience du monde qui nous entoure sous l'angle psychologique et social, et les répercussions que tout cela peut avoir dans la manière de vivre physiquement sa vie en éprouvant un sentiment de mieux-être. Cette façon de voir fait un retour dans notre réflexion, car les Autochtones établissent un lien entre les deux. Votre santé physique et votre santé mentale doivent être associées. Nous commençons à comprendre que nous devrions nous pencher de plus près sur l'interaction entre tout cela, ce qui nous ramène à l'observation du président au début de la discussion sur les raisons pour lesquelles nous avons adopté dans tous les programmes que nous déployons une définition beaucoup plus étendue de la santé de la population. Nous ne pouvons pas considérer la santé strictement en termes de traitement et de médecine; nous devons faire place à une problématique plus large du mieux-être social de la communauté.

Je ne vais pas en parler maintenant, mais cela nous a amenés à tenir un certain nombre de discussions avec nos agences économiques comme le Trésor et l'Emploi, parce que ces questions prennent une importance clé dans leur réflexion également. Nous avons parlé du fardeau social de la santé. Nous n'avons pas abordé le fardeau économique. Ce qui commence à intéresser nos organismes centraux, nos organisations de gestion financière au gouvernement en Australie, ce sont les données que nous pouvons leur fournir sur les conséquences économiques d'un régime de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies qui est mal géré. Quel en est l'impact économique pour la collectivité? Les chiffres sont énormes.

Nous commençons à peine à explorer cela dans le cadre de cette focalisation beaucoup plus étendue. C'est que l'affaire est devenue une question intéressant le gouvernement national.

Nous ne nous occupons pas de la prestation des soins au jour le jour, mais nous commençons à nous pencher sur certaines répercussions des politiques et sur les possibilités qui s'offrent dans la société dans son ensemble quand on met l'accent sur l'amélioration de la santé mentale. C'est l'un des défis passionnants de la prochaine décennie.

Senator Cook: Mr. Chairman, we have seen once again that one size does not fit all. Surely, in looking at the total person, we will need to look at people's culture as we work toward wellness and learn to understand their traditional methods.

Mr. Casey: I think that our Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Affairs on the hill would be very happy, perhaps another time, to talk about some of the programs. It is the one area of health care provision for which the federal government has a direct responsibility.

The Chairman: The situation is exactly the same here. Secondly, on the data that Ms. Hefford gave, if we had substituted "Aboriginal Canadians" for "indigenous people," the numbers would have been very close. It is absolutely amazing to see the similarity, on the other side of the world, with a federal state with very much the same background of an indigenous people. The similarity is quite striking.

That does lead me to ask several questions and I want to begin with a strategic question. When you do your epidemiological studies, do you include an adequate statistical sample of indigenous people? Is that how you collect your data with respect to them? Do you know, Ms. Hefford?

Ms. Hefford: Yes, we ensure that our studies include sampling that is statistically accurate. We have a number of survey and data collection mechanisms. Our knowledge is a compilation of all of those. Probably the most controversial involves people who are actually trained to survey injection-drug users. We actually do that on a regular basis. It means that we know what they are injecting this month. We know how much they pay for it. We know the sources they tap to access it. The question is important to us not just from a health perspective — if they overdose, hospitals will know what is being commonly used on the streets at the moment — but also from a policing point of view. It tells us about the shift in whatever is being traded on the street. It tells us the dollar cost. That is linked to crime rates in particular areas. A whole range of government organizations finds this information valuable.

The Chairman: Yet you are able to collect that information. The right wing in this country would go ballistic if anyone were collecting those data or, at the very least, turning them over to the police. I am amazed you are able to collect those data without that kind of public outcry.

Ms. Hefford: As I said, it is the most controversial of our data collections but it is very valuable. We do not do it within the department. Obviously we outsource that data collection. There has been some controversy, too, about the fact that we actually ask 13- and 14-year-olds about their drinking and smoking habits. Those are illegal activities for that age group in this country as

Le sénateur Cook: Monsieur le président, nous avons vu encore une fois que tous ne portent pas le même chapeau. Chose certaine, en plus de tenir compte de la totalité de la personne, nous devons prendre en compte la culture d'un peuple dans notre quête de mieux-être et apprendre à comprendre leurs méthodes traditionnelles.

M. Casey: Je pense que notre bureau des affaires autochtones et des insulaires du détroit de Torres sur la Colline se ferait un plaisir, peut-être une autre fois, de vous parler des programmes que nous avons dans ce domaine. C'est le seul domaine des soins de santé dans lequel le gouvernement fédéral assume une responsabilité directe.

Le président: La situation est exactement la même chez nous. Deuxièmement, quand Mme Hefford a donné des chiffres, on aurait pu remplacer «Autochtones australiens» par «Autochtones canadiens» et les chiffres auraient été quasi identiques. C'est absolument renversant de voir la similitude, à l'autre bout du monde, d'un État fédéral qui est aux prises avec exactement la même situation quant à sa population autochtone. La ressemblance est très frappante.

Cela m'amène à poser plusieurs questions, en commençant par une question stratégique. Quand vous faites vos études épidémiologiques, est-ce que vous y incluez un échantillon statistique suffisant de la population autochtone? Est-ce ainsi que vous recueillez vos données à leur sujet? Le savez-vous, madame Hefford?

Mme Hefford: Oui, nous veillons à ce que nos études incluent un échantillon statistiquement valable. Nous avons divers mécanismes d'enquête et de cueillette des données. Nous faisons une compilation de tout cela. L'élément le plus controversé est probablement les gens qui reçoivent une formation pour faire enquête auprès des utilisateurs de drogues intraveineuses. Nous faisons cela régulièrement. Ainsi, nous savons ce que les drogués s'injectent dans les veines ce mois-ci. Nous savons combien ils payent leur drogue. Nous connaissons leurs sources d'approvisionnement. La question est importante pour nous, pas seulement du point de vue de la santé — en cas de surdose, les hôpitaux savent quelle drogue est consommée ces temps-ci dans la rue —, mais aussi du point de vue des politiques. Cela nous renseigne sur l'évolution du commerce illicite dans la rue. Nous savons combien la drogue coûte. Nous faisons ensuite le lien avec le taux de criminalité dans certains secteurs. Une foule d'organisations gouvernementales trouvent cette information précieuse.

Le président: N'empêche que vous êtes en mesure de recueillir ces renseignements. Dans notre pays, la droite grimperait aux rideaux si quelqu'un se mêlait de recueillir de telles données, sans même parler de les communiquer à la police. Je m'étonne que vous puissiez recueillir ces données sans qu'il y ait un tollé.

Mme Hefford: Comme je l'ai dit, c'est l'aspect le plus controversé de notre cueillette de données, mais c'est très précieux. Nous ne le faisons pas à l'interne, au ministère. Nous chargeons évidemment une entreprise de le faire pour nous. Il y a eu aussi une certaine controverse parce que nous demandons à des adolescents de 13 et 14 ans de nous dire quelles sont leurs

well. There is a reasonable parallel there. Unless you are able to ask young people who gave them the alcohol, how much they paid for it and how much they are drinking, how do you target school-based drug education programs? How do you talk to parents about improving their parenting skills? How do you address all those other issues?

The Chairman: That makes sense to me. I am fascinated that you can do it.

Mr. Casey: If you included the whole population in a household survey, it would be very hard to over-sample indigenous populations to get a representative view. It is much more likely, epidemiologists would argue, that you would do some form of catchment or intensive state-based assessment. There is a feeling in the indigenous community that they have been researched to death and yet nothing has changed. They feel that the media quite often use the results of research done in indigenous communities in a very stigmatizing way. The community is very sensitive about engaging with researchers.

We have just completed a major study in Western Australia, largely with federal government funds but also state and private funds, on Aboriginal child and youth help. That study will be of enormous value. It was done in cooperation with the indigenous community because they trusted the researchers. They trusted that the information would be used to improve their world and not just by the media to once again demonstrate the hopelessness of the indigenous population.

The Chairman: Can I circle back to Mr. Casey's opening comments? Is this a reasonable conclusion for me to draw from what you have said? You should realize that we are back where you were in 1992. We do not have a national mental health strategy. Most provinces do not have a significant mental health strategy. There is certainly no coordination. We are really back at your first five-year program.

You said a couple of very important things. First, you got the support of both the state and the national governments. That alone, on any health care issue, is a huge achievement. I infer that you then spent the next five years not only launching programs, but also creating a huge communications focus. I do not use that word in a bad sense, but it seems you recognized very early on that progress in this area required bringing the whole population with you. If the public did not buy into the importance of the program for economic reasons, then despite your slogan about one in five being affected, it would be impossible to get public support for the amount of money you invested. You could not begin to change the delivery system as much as you have, nor, as you put it, could you make the program sufficiently politically important that politicians could not whittle away at it.

habitudes de consommation d'alcool et de tabac. Ce sont des activités illégales pour ce groupe d'âge dans notre pays aussi. Il y a là un parallèle raisonnable. Comment peut-on élaborer des programmes d'éducation scolaire sur la drogue bien ciblés si l'on ne peut pas demander aux jeunes qui leur a donné l'alcool, combien ils l'ont payé et combien ils en boivent? Comment peut-on convaincre les parents d'améliorer leurs habilités parentales? Comment s'attaquer à tous les autres dossiers?

Le président: Cela m'apparaît logique. Je trouve fascinant que vous puissiez le faire.

M. Casey: Si l'on englobait toute la population dans une enquête sur les ménages, ce serait très difficile de sur-échantillonner la population autochtone pour obtenir un point de vue représentatif. Les épidémiologistes soutiendraient qu'il est beaucoup plus probable que l'on fasse une évaluation auprès d'un bassin de population ou de l'État. Dans la communauté autochtone, les gens ont le sentiment d'avoir fait l'objet d'innombrables recherches sans que rien ne change. Les Autochtones ont l'impression que les médias utilisent très souvent les résultats de la recherche faite dans les communautés autochtones, d'une manière très stigmatisante. Cette communauté est très sensible dans ses contacts avec les chercheurs.

Nous venons d'achever en Australie occidentale une grande étude financée surtout par le gouvernement fédéral, mais aussi par les États et par le secteur privé, sur l'aide apportée aux enfants et adolescents autochtones. Cette étude sera d'une immense valeur. Elle a été faite en collaboration avec la communauté autochtone parce que ceux-ci faisaient confiance aux chercheurs. Ils avaient confiance que l'information servirait à améliorer leur sort et ne serait pas seulement utilisée par les médias pour démontrer une fois de plus la situation désespérée de la population autochtone.

Le président: Pourrais-je revenir aux observations que M. Casey a faites au début? Je voudrais que vous me disiez si la conclusion que je tire de vos propos est raisonnable. Vous devez vous rendre compte que nous sommes dans la situation où vous étiez en 1992. Nous n'avons pas de stratégie nationale de la santé mentale. La plupart des provinces n'ont pas une stratégie très élaborée pour la santé mentale. Il n'y a certainement aucune coordination. Nous en sommes vraiment à votre premier programme quinquennal.

Vous avez fait deux observations très importantes. Premièrement, vous avez eu l'appui du gouvernement national et des gouvernements des États. En soi, c'est une grande réussite, pour n'importe quel dossier de la santé. J'en conclus que vous avez ensuite passé les cinq années suivantes, non seulement à lancer des programmes, mais aussi à créer un programme de communication très étoffé. Je ne dis pas cela de manière péjorative, mais il semble que vous ayez pris conscience très tôt que pour progresser dans ce domaine, il fallait l'adhésion de toute la population. Si le public n'était pas convaincu de l'importance du programme pour des raisons économiques, alors, en dépit de votre slogan voulant qu'une personne sur cinq est touchée, il serait impossible d'obtenir que le public approuve le montant que vous avez investi. Vous n'auriez pas pu changer le régime de prestations des soins autant que vous l'avez fait, sans compter que

It seems to me that you went out and built a constituency over that first five-year period. Is that a reasonably fair conclusion?

Mr. Casey: We probably did not start building that constituency until towards the end of that first five years. We needed to do a lot of preparation work. We started changing how the services operated — closing beds, opening more community services. The attitude of the Australian community was no different from other communities. Mental illness was something you would rather not know about. If you saw anyone whom you thought had a mental illness, you would cross the street and keep clear of him or her. Only people who experienced it within their families would have any understanding, sympathy or positive attitude towards it. Yes, we believed we had to change the community's attitude. You should probably start in the middle.

The Chairman: At the provincial level, we have already gone through the deinstitutionalization phase. By the way, that was driven in large measure by attempts to save money and not directly focused on improving services.

Do you have a packet of material containing some of those early communication pieces, whether literature, television ads or videos? I assume you used a wide range of communications techniques. If you do, it would be very helpful if you could send them to us.

Mr. Casey: We would be happy to do that.

The Chairman: Can you recall, in ballpark terms, the annual cost of the communications program in the later years, when it was fully up and running?

Mr. Casey: That initial public campaign cost us about \$6 million.

The Chairman: Is that \$6 million per annum?

Mr. Casey: That amount was spent over two years.

Let me tell you what we currently spend at the federal level and of what that is made up, besides the general health financing that goes through medicare. I will not talk about that.

I have about \$6 million annually in my national budget, besides which I have staff, which generally goes toward what we call the National Mental Health Plan. On top of that, I have a budget for what I would call national program implementation — putting things into schools, running and funding media campaigns, developing our strategy — of about \$20 million a year. That is what the federal government is spending on what I would call policy and program reform.

vous n'auriez pu, pour reprendre vos propos, faire en sorte que le programme soit d'une importance politique suffisante pour que les politiciens ne puissent le démolir pièce par pièce.

Il me semble que vous avez réussi à vous bâtir une clientèle fidèle au cours de cette première période de cinq ans. Peut-on raisonnablement tirer cette conclusion?

M. Casey: Nous n'avons probablement pas commencé à nous bâtir cette clientèle avant la fin de cette première période de cinq ans. Il nous a fallu d'abord déblayer le terrain. Nous avons commencé à changer le fonctionnement des services; nous avons fermé des lits et ouvert des services communautaires. L'attitude des Australiens n'était pas différente de celle d'autres nations. Les gens préféreraient ne pas entendre parler de santé mentale. À la vue d'une personne que l'on soupçonnait d'être malade mentale, on préférerait changer de trottoir. Seuls les gens qui en avaient fait l'expérience dans leur famille avaient le moindre respect, de sympathie ou une attitude quelque peu positive à ce sujet. Oui, nous étions convaincus qu'il nous fallait changer l'attitude des gens. Vous commenceriez probablement au milieu.

Le président: Au niveau provincial, nous sommes déjà passés par la phase de la désinstitutionalisation. En passant, c'était dicté en grande partie par des efforts visant à économiser de l'argent; cela ne visait pas directement à améliorer les services.

Avez-vous une trousse d'information renfermant vos premiers outils de communication, que ce soit des documents, des annonces télévisées ou des vidéos? Je suppose que vous avez utilisé tout un éventail de techniques de communication. Si c'est le cas, ce serait très utile si vous pouviez nous les faire parvenir.

M. Casey: Nous nous ferons un plaisir de le faire.

Le président: Vous rappelez-vous, en chiffres approximatifs, du coût annuel du programme de communications au cours des années suivantes, quand le programme était pleinement opérationnel?

M. Casey: Cette première campagne publique nous a coûté environ 6 millions de dollars.

Le président: Six millions de dollars par année?

M. Casey: Ce montant a été dépensé sur deux ans.

Permettez que je vous dise combien nous dépensons actuellement au niveau fédéral et d'où vient cet argent, à part le financement global pour la santé pour l'assurance-maladie. Je ne vous parlerai pas de cela.

J'ai environ 6 millions de dollars par année dans mon budget national, en plus de l'effectif dont je dispose, et cet argent est généralement consacré à ce que nous appelons le Plan national pour la santé mentale. En plus de cela, j'ai un budget pour ce que j'appelle la mise en oeuvre du programme national: programmes dans les écoles, campagnes publicitaires, élaboration de notre stratégie, le tout représentant 20 millions de dollars par année. C'est ce que le gouvernement fédéral dépense pour ce que j'appellerais la réforme des politiques et des programmes.

On top of that, we might be spending some money on services. We are clearly spending money through medicare. The GP program is costing us about \$40 million a year. We are not talking large amounts of financing. The epidemiology study cost us \$5 million, but that expenditure was probably spread over two and a half years. We are not talking about enormous levels of government funding to develop a policy and program framework. However, I can send you some information about our finances, what it has been costing the federal department to become the national leader in mental health reform.

The Chairman: That would be helpful. The public is way ahead of governments on this issue. There is a huge yearning in the country for someone to take charge. It would not take a huge amount of dollars from a communications standpoint — you clearly have to have some program money — to begin to generate the kind of constituency that would enable many of the changes that you have made to be made in this country. It would be useful for us to know that. It is like looking at the evolution of the automobile over time. You can understand how the communications program has changed. That would be very useful to us.

We talked about how this is tied in with community health services. Is it tied in with public health in any way? Is public health in a totally separate silo as well?

Mr. Casey: There is a national public health part to that.

Ms. Hefford: I might have a go at answering this question. Within our departmental structures, the addiction/substance abuse issues are dealt with within our public health area and regarded as public health issues.

I am conscious of the fact that I have given you no sense of the structures of service delivery and implementation in addiction services. I know we went through that with mental health. We did not with substance abuse.

The acute care sector, the hospital sector, has a very limited role. It provides detox programs and deals with ODs, overdose deaths — the very high end, where things have gone monumentally wrong.

The primary care sector is largely focused on managing opiate dependency. General practitioners prescribe methadone and pharmacists administer methadone-type programs. There are 30,000 Australians currently in methadone programs across the country.

State governments fund the acute care sector. The federal government funds the primary care sector, GPs and the pharmaceutical benefits scheme. Alcohol and drug treatment services are split about 50/50 between state governments and non-government organizations. In Australia, the community sector plays a large part, particularly the traditional church groups.

En plus, nous dépensons peut-être de l'argent pour les services. Nous dépensons assurément de l'argent pour l'assurance-maladie. Le programme des médecins de famille nous coûte environ 40 millions de dollars par année. Ce ne sont pas des montants importants. L'étude épidémiologique nous a coûté cinq millions de dollars, mais ce montant a probablement été réparti sur deux ans et demi. Ce n'est pas un niveau de financement gouvernemental énorme pour élaborer une politique et un cadre des programmes. Je peux toutefois vous faire parvenir de l'information sur nos finances, précisant combien il en a coûté au ministère fédéral pour devenir le chef de file national dans le dossier de la réforme de la santé mentale.

Le président: Ce serait utile. Le public est très en avance sur les gouvernements en cette matière. Dans notre pays, les citoyens réclament avec insistance que quelqu'un prenne les commandes. Il ne faudrait pas un montant énorme, en dollars, pour les communications — il faut évidemment de l'argent pour des programmes — pour commencer à bâtir une clientèle qui permettrait d'opérer bon nombre des changements que vous avez apportés dans votre pays. Ce serait utile que nous sachions tout cela. C'est comme l'évolution de l'automobile au fil des années. On peut comprendre comment le programme des communications a évolué. Ce serait très utile pour nous.

On a parlé des liens entre tout cela et les services de santé communautaire. Est-ce lié d'une manière quelconque à la santé publique? Est-ce que la santé publique est un dossier totalement séparé?

M. Casey: Ce programme comporte un volet de la santé publique nationale.

Mme Hefford: Je vais tenter de répondre à cette question. Dans nos structures ministérielles, les dossiers des toxicomanies sont traités à même le volet santé publique; c'est considéré comme une question de santé publique.

Je suis consciente du fait que je ne vous ai donné aucune idée de la structure de la prestation et de la mise en oeuvre des services de lutte contre la toxicomanie. Je sais que nous avons expliqué tout cela pour la santé mentale. Nous ne l'avons pas fait pour les toxicomanies.

Le secteur des soins actifs, le secteur hospitalier, joue un rôle très limité. Il fournit des programmes de désintoxication et s'occupe des décès causés par les surdoses, donc des cas extrêmes, quand cela ne saurait aller plus mal.

Le secteur des soins primaires cible essentiellement la dépendance envers les opiacés. Les médecins de pratique générale prescrivent de la méthadone et les pharmaciens administrent des programmes de distribution de méthadone. Il y a actuellement 30 000 Australiens participant à des programmes de méthadone.

Les gouvernements des États financent le secteur des soins actifs. Le gouvernement fédéral finance le secteur des soins primaires, les médecins omnipraticiens et le régime pharmaceutique. Les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies sont répartis environ moitié moitié entre les gouvernements des États et les organisations non

Organizations like the Salvation Army and the Catholic Church run treatment services and night patrols and provide syringe programs largely funded by the federal government, with some level of state government intervention.

There are agreements on many public health issues between the federal government and state governments. We describe them as a partnership. There are agreements whereby the federal government provides funding for activities like national syringe programs and state governments take on responsibility for administering them.

As we have moved further into dealing with drug use issues in Australia, the breadth of things covered in public health programs has increased. It has gone from simply being about health delivery to being much more about things like police diversion of young offenders, counselling by court and judicial services, and things like the issuing of clean syringe injecting equipment.

All of the things that we now would say are part of the public health partnership in Australia have gone beyond the actual delivery of what we would have previously described as health care services. They relate to those other, broader areas, in the same way that we include family planning counselling in public health issues in Australia.

What is really important in the way these issues are managed, from your perspective and in terms of where you are, is the conversation you were having a few minutes ago with Mr. Casey about establishing a constituency. In Australia we have done the same thing on the drug abuse side; we have established a constituency. We have put money upfront to make that happen, but because that constituency now exists and there is a high level of acceptance of that, we get very good value for very little investment, particularly in communication-type activities. For example, we have meetings where the senior health representatives and senior police representatives from all states and territories come together with federal representatives, and the outcomes of those meetings are press releases, communiqués, the launching of reports or the announcement of agreed-upon new guidelines. Every time you do that, you get publicity and a reinforcement of your communications strategy without having to pay for it.

If you can get that constituency working for you and that level of shared understanding and commitment, you can get value in terms of the community accepting where you are going. In our experience, the non-government sector, particularly church and community groups, has been very accepting of government willingness to show leadership in this area. You can get a significant amount of effect for very little further investment in dollar terms.

gouvernementales. En Australie, le secteur communautaire joue un grand rôle, surtout les groupes religieux traditionnels. Des organisations comme l'Armée du Salut et l'Église catholique dirigent des services de traitement et de patrouille de nuit et mettent en oeuvre des programmes d'échange de seringues financés essentiellement par le gouvernement fédéral, avec une certaine intervention des gouvernements des États.

Il existe des ententes entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des États dans beaucoup de dossiers de santé publique. Nous les qualifions de partenariats. Il y a des ententes prévoyant que le gouvernement fédéral finance des activités comme les programmes nationaux d'échange de seringues, tandis que les gouvernements des États assument la responsabilité d'administrer les programmes en question.

À mesure que nous avons accentué nos interventions dans le dossier des toxicomanies en Australie, les programmes de santé publique ont englobé un nombre croissant d'éléments. Au début, on s'occupait seulement de prestations de soins de santé, mais on s'est par la suite diversifié dans des domaines comme la déjudiciarisation des jeunes contrevenants, le counselling par les tribunaux et les services judiciaires, et la distribution de seringues désinfectées.

Ce que nous englobons maintenant dans le partenariat pour la santé publique en Australie va bien au-delà de la simple prestation de ce qu'on appelait auparavant les services de soins de santé. On s'occupe d'autres dossiers beaucoup plus étendus, de la même manière que nous englobons le planning familial dans le dossier de la santé publique en Australie.

Ce qui est vraiment important dans la manière de gérer ces dossiers, de notre point de vue et dans l'optique de votre situation à vous, c'est la conversation que vous aviez il y a quelques instants avec M. Casey, quand vous parliez d'établir une clientèle. En Australie, nous avons fait la même chose pour la lutte contre les toxicomanies; nous avons établi une clientèle. Nous avons injecté de l'argent au départ pour déclencher le processus, mais parce que cette clientèle existe maintenant et qu'il y a un niveau élevé d'acceptation de cet état de fait, nous en obtenons beaucoup pour un investissement très minime, surtout pour des activités de communications. Par exemple, nous avons des réunions avec des cadres supérieurs de la santé et des hauts gradés de la police de tous les États et territoires, en présence de représentants des autorités fédérales, et ces réunions débouchent sur des communiqués, la publication de rapports ou l'annonce de lignes directrices sur lesquelles on s'est mis d'accord. À chaque fois qu'on fait cela, on obtient de la publicité et l'on renforce la stratégie de communications sans avoir à déboursier un sou.

Si vous pouvez obtenir l'appui de la population et atteindre ce niveau de compréhension et d'engagement, vous progressez énormément parce que la collectivité accepte votre orientation. D'après notre expérience, le secteur non gouvernemental, surtout les groupes religieux et communautaires, a très bien accepté la volonté du gouvernement d'être un chef de file dans ce domaine. Vous obtenez alors des résultats considérables en investissant très peu d'argent.

The Chairman: As one of those who have been involved in developing programs to sell various government policies, I am absolutely amazed at how well you have done. It is a huge tribute to you. It goes back to the comment that Senator Morin made, when he quoted that article that said that you were clearly leading the world in this area. That is certainly the impression I have had in the last several hours.

Thank you for taking the time from your busy day to be with us. If you could send us the communications material, that would be really helpful.

As we go through this process over the next year and a half, we may well come back to you with more specific questions. It is clear that we are at least a decade behind you. We will try to close the gap, obviously, but to avoid reinventing the wheel or going down some of the dead-ends that inevitably you must have gone down before you ended up where you are, we would love to have the opportunity to pick your brains again.

Thank you very much on behalf of all of us. We have really appreciated it.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, April 21, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4:05 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Honourable senators, we should begin because there is a vote scheduled for 5:30 today and the bells will start to ring at 5:15. We will be unable to sit past the ringing of the bells. We will have to finish by 5:15. Normally we would continue after the vote, but there is another committee meeting scheduled to sit in this room at six o'clock tonight.

Today, honourable senators, our witnesses are from the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Douglas Hospital and the Centre for Suicide Prevention. Dr. Isaac Sakinofsky was scheduled to appear today but developed a medical condition and had to cancel. We are hoping to hear from him as a witness at a later date.

Please proceed.

Le président: Ayant moi-même participé à l'élaboration de programmes pour convaincre la population d'accepter diverses politiques gouvernementales, je suis absolument renversé par votre éclatante réussite. Tout le mérite vous en revient. J'en reviens à ce que disait le sénateur Morin, qui a cité un article dans lequel on disait que vous êtes clairement le chef de file mondial dans ce domaine. C'est assurément l'impression que m'a donnée notre conversation des dernières heures.

Je vous remercie d'avoir bien voulu nous consacrer de votre temps, malgré votre horaire très chargé. Si vous pouviez nous envoyer les documents de communications, ce serait vraiment utile.

À mesure que nous progresserons dans notre étude au cours des dix-huit prochains mois, il est bien possible que nous revenions à la charge pour vous poser des questions plus précises. Il est clair que nous avons au moins dix ans de retard sur vous. Nous allons tenter de faire du rattrapage, évidemment, mais pour éviter de réinventer la roue ou de nous fourvoyer dans des impasses où vous vous êtes inévitablement retrouvés avant d'aboutir dans la situation actuelle, nous aimerions beaucoup avoir la possibilité de compter de nouveau sur votre aide.

Au nom de nous tous, je vous remercie beaucoup. Nous vous en sommes très reconnaissants.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 21 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 05 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Honorables sénateurs, nous devrions commencer car il y aura un vote à 17 h 30 et les cloches commenceront à se faire entendre à 17 h 15. Nous ne pourrions plus siéger quand elles sonneront. Nous devons terminer à 17 h 15. Normalement, nous continuerions après le vote, mais un autre comité doit se réunir dans cette salle à 18 heures.

Honorables sénateurs, nos témoins d'aujourd'hui représentent l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, à l'Hôpital Douglas, et le Centre for Suicide Prevention. Le Dr Isaac Sakinofsky devait témoigner aujourd'hui, mais il est malade et a dû annuler sa comparution. Nous espérons entendre son témoignage à une date ultérieure.

Vous avez la parole.

[Translation]

Dr. Richard Brière, Assistant Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction: I want to thank the committee for asking me to speak about suicide. I am interested in this subject, not just in my capacity of Assistant Director of the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, but also because when I was still doing research at the Department of Psychiatry of the University of Montreal, I was fascinated by the neurobiology of suicide.

In my presentation, I will highlight the need to develop a national agenda on research related to suicide and the measures taken by the Institute in this area.

In February 2003, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Strategic Initiative on Intentional and Unintentional Injury and Health Canada organized a workshop in Montreal on suicide-related research in Canada in conjunction with six other Canadian Institutes of Health Research. The number of institutes that took part in this workshop is proof of the interest of CIHRs in the subject of suicide. The purpose of the workshop was to develop an agenda on research related to suicide in Canada.

Some fifty researchers, stakeholders, NGOs and representatives of Aboriginal communities gathered to review the spectrum of suicide-related research in Canada and internationally, to identify and establish themes to guide suicide-related research over the next ten years and to support multidisciplinary collaboration in research and knowledge translation.

Over a two-day period, six research themes were identified: firstly, evidence-based practices; secondly, mental health promotion; thirdly, multidimensional models for understanding suicide-related behaviours; fourthly, spectrum of suicide behaviours; fifthly, suicide in social and cultural contexts; and sixthly, data systems.

As I see it, these research themes will assist in the process of formulating a national suicide prevention policy. I will speak to you briefly about each system. Evidence based practices include the evaluation of suicide prevention programs. Strategies need to be identified, along with programs that genuinely mitigate suicidal behaviours.

We do not know for certain if current practices in the field are truly effective in terms of reducing the number of deaths by suicide or injuries related to suicidal behaviours. A study of existing programs provides an opportunity to evaluate current practices and their impact on suicidal behaviours. Once such an evaluation has been done, researchers will be able to improve upon intervention methods. Once prevention and intervention strategies are deemed effective, it will be important to inform stakeholders of evidence-based practices and to promote their use.

[Français]

M. Richard Brière, directeur adjoint, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies: Je remercie le comité de m'avoir invité à témoigner sur le suicide. Le suicide m'intéresse non seulement à titre de directeur adjoint de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies mais aussi parce qu'au moment, où je faisais encore de la recherche au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, je m'intéressais à la neurobiologie du suicide.

Ma présentation portera sur la nécessité de se doter d'un programme national sur le suicide et sur les mesures que l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies a prises en ce sens.

En février 2003, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, initiative stratégique sur les blessures intentionnelles et non-intentionnelles et Santé Canada ont organisé à Montréal un atelier sur la recherche en matière de suicide au Canada, en collaboration avec six autres instituts de recherche en santé au Canada. Le nombre d'instituts qui ont collaboré à cet atelier témoigne de l'intérêt que le suicide suscite parmi les instituts de recherche en santé au Canada. Le but de l'atelier était d'établir un programme de recherche sur le suicide au Canada.

Nous avons réuni une cinquantaine de chercheurs, d'intervenants, d'organisations non gouvernementales et de représentants des Premières nations. Nous leur avons demandé d'examiner la recherche sur le suicide au Canada et dans le monde, de déterminer et d'établir des thèmes qui guideront la recherche sur le suicide au cours des dix prochaines années et de prendre en compte la recherche multidisciplinaire et l'application des connaissances.

Au cours des deux jours de l'atelier, six thèmes de recherche ont été établis. Premièrement, les pratiques fondées sur les preuves; deuxièmement, la promotion de la santé mentale; troisièmement, les modèles multidimensionnels pour comprendre le comportement lié au suicide; quatrième, le spectre des comportements suicidaires; cinquièmement, le suicide dans les contextes social et culturel et, enfin, les systèmes de données.

Selon moi, ces thèmes de recherche seront utiles à l'élaboration d'une politique nationale de prévention du suicide. Je parlerai brièvement de chacun des systèmes. Les pratiques fondées sur les preuves comprennent l'évaluation des programmes de prévention du suicide. Il faut identifier les stratégies et les programmes qui réduisent vraiment les comportements suicidaires.

Enfin, on ne sait pas vraiment si les démarches actuelles réduisent efficacement les décès par suicide et les blessures causées par les comportements suicidaires. L'étude des nombreux programmes déjà en place est une occasion d'évaluer les pratiques courantes et leur impact sur les comportements suicidaires. Quand les pratiques courantes seront évaluées, les chercheurs pourront améliorer les méthodes d'intervention. Quand les stratégies de prévention et d'intervention seront reconnues comme efficaces, il sera important de faire connaître aux intervenants ces pratiques fondées sur les preuves et d'encourager leur utilisation.

Knowledge translation is one theme very dear to the CIHRs. While it is important to expand knowledge, it is equally important to promote knowledge translation. Mental health promotion implies the development and dissemination of appropriate culturally and community-appropriate information. Research topics include protective factors, risk factors and resiliency over the life span and address issues related to discrimination, care for the caregiver, social competence, shame, stigma and the perception of mental illness.

The focus must be put on devising a problem-solving approach that is based on efficacy and excellence and that acknowledges the need for growth and fulfillment of human potential. If the public is more attuned to the problem of suicide, this will lead to stronger prevention measures.

It is important to disseminate information about suicide-related risk factors, to underscore the fact that suicidal behaviour is avoidable and to minimize the stigma felt by individuals who have suicidal thoughts and often feel that they cannot get help.

What is important is getting the right message across to the right target group, in the proper format and in a timely manner. To achieve this goal, researchers and stakeholders have to know how to design public information campaigns with a view to maximizing their impact.

Information campaigns must be evaluated to determine if they affect in any significant way the public's understanding of suicidal behaviours. Evaluation outcomes will make it possible to refine the messages that are being conveyed and to enhance their impact.

With respect to multidimensional models, according to psychological autopsies, 90 per cent of the people who commit suicide suffer from mental health problems. Persons with mental health problems, specifically depression and personality disorders, as well as persons with drug and alcohol problems, run a higher risk of committing suicide.

What is the link between mental health and suicide? Why do some persons with mental health problems commit suicide while others do not? While individual mental health problems can greatly contribute to suicidal behaviour, they are not the sole contributing factor to suicide.

Numerous other factors combine to increase the risk of suicidal behaviour. These factors include stressful life events, such as the loss of a loved one or unemployment and life problems such as spousal violence, physical illness or social isolation.

It is not clear how these factors interact and affect the risk of suicide. Moreover, aside from stress and social isolation, alcohol abuse and the use of other mind-altering substances, as well as a tendency to behave impulsively, also greatly increase the risk of

Cet aspect des applications des connaissances est un thème cher aux Instituts de recherche en santé du Canada. S'il est important de créer de nouvelles connaissances, il est aussi primordial de promouvoir leur application. La promotion de la santé mentale exige l'élaboration et la diffusion d'une information appropriée sur le plan culturel et adaptée aux collectivités. La recherche porte entre autres sur les facteurs de protection, de risques et la résilience au cours de la durée de la vie. Elle traite des questions liées à la discrimination, aux soins procurés aux intervenants, à l'aptitude sociale, à la honte, à la stigmatisation et à la perception de la maladie mentale.

L'accent doit être mis sur l'approche de la résolution des problèmes qui repose sur l'efficacité et l'excellence et qui reconnaît la nécessité de la croissance et de l'accomplissement du potentiel humain. D'autre part, si la population est mieux sensibilisée au problème du suicide, cela renforcera les mesures de prévention.

Il faut faire connaître les facteurs de risque du suicide, souligner que le comportement suicidaire est évitable et réduire la stigmatisation qu'éprouvent les personnes qui ont des sentiments suicidaires et qui souvent les empêchent de chercher de l'aide.

L'important est de communiquer le bon message, au bon public, dans le bon format et au bon moment. Pour parvenir à ce but, il faut que les chercheurs et les intervenants sachent comment élaborer des campagnes d'information destinées au public afin de maximiser leur impact.

Il faudrait que les campagnes d'information soient évaluées afin de déterminer si elles ont un impact significatif sur les connaissances du public sur les comportements suicidaires. Les résultats des évaluations permettront de raffiner les messages communiqués et d'améliorer leur impact.

Quant au modèle multidimensionnel, selon les autopsies psychologiques, 90 p. 100 des personnes qui se suicident ont des problèmes de santé mentale. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale, notamment des dépressions et des troubles de la personnalité ainsi que les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, y compris l'alcoolisme, sont plus à risque de commettre un suicide.

Quelles sont les relations entre la santé mentale et le suicide? Pourquoi certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale se suicident-elles et d'autre pas? Bien que des problèmes individuels de santé mentale peuvent contribuer grandement au comportement suicidaire, les problèmes de santé mentale seuls ne sont pas la cause du suicide.

De nombreux autres facteurs contribuent à augmenter le risque de comportement suicidaire. Ces facteurs comprennent les événements stressants de la vie, comme la perte d'un être cher ou le chômage; des difficultés de vie, comme la violence conjugale, les maladies physiques ou encore l'isolement social.

On ne comprend pas comment ces facteurs interagissent et affectent le risque suicidaire. En plus du stress et de l'isolement social, l'abus d'alcool et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'une tendance à l'impulsivité, augmentent grandement le risque

suicidal behaviour in people. As in the case of life events and interpersonal problems, it is not clear how addictions and impulsive behaviours increase the risk of suicide.

Designing a multidimensional model, one that takes into account biological, clinical and social determinants, would be a positive step in the process of developing effective intervention methods based on a more dynamic knowledge of risk and resiliency factors and their interaction.

Consideration must also be given to suicide in social and cultural contexts. The incidence of suicide in Canada varies dramatically as a function of regional, social and cultural contexts. Significant variations exist among provinces. While the suicide rate is relatively low in Newfoundland and Ontario, it is especially high in Alberta and Quebec.

In 1996, 37 per cent of all suicides in Canada were committed in Quebec. Between 1960 and 1991, the suicide rate in Quebec tripled, the biggest increase of any province. Moreover, the suicide rate among Canadian Aboriginals is often more than twice that recorded for the general population.

Many factors aside from people's mental health can affect suicide rates. These include social determinants such as social structures, values embraced by the community and , accessibility of assistance for persons in need. Since we do not know for certain how these factors affect suicidal behaviours, it is difficult to develop effective prevention strategies. Researchers, stakeholders and public health agencies need this information in order to formulate better strategies.

Consideration must also be given to the full spectrum of suicidal behaviours, such as aborted suicides, attempted suicides, assisted suicides, attempted suicides disguised as accidents, deliberate self-mutilation, euthanasia, dangerous behaviour that could result in premature death, predisposition to self-mutilation, suicidal actions and the idealization of suicide. Also included in this list are attempts that did not result in death, unmotivated attempts and premature death as a result of risky behaviour.

As part of the process of developing a national suicide prevention strategy, it will be important to take into account the full spectrum of suicidal behaviours. Finally, access to accurate, reliable data on suicidal behaviours will be critical in order to take follow-up action and assess the effectiveness of any measures taken.

Virtually all of the data currently available pertains to deaths. It would be useful to have access to better data on suicidal behaviours, particularly on the level of hospitalization and ambulatory care dispensed following suicide attempts. It is estimated that for every suicide death, nearly 20 persons end up in hospital emergency wards as a result of an attempted suicide. Suicides and attempted suicides entail medical, economic and social costs, especially trauma for the victims' loved

de comportement suicidaire. Comme pour les événements de vie et les difficultés interpersonnelles, il n'est pas clair comment les toxicomanies et l'impulsivité augmentent le risque de suicide.

L'élaboration d'un modèle multidimensionnel, tenant compte des facteurs biologiques, cliniques et sociaux, favoriserait l'élaboration d'interventions efficaces en se basant sur une connaissance plus dynamique des facteurs de risque et de résilience qui interagissent au niveau de l'individu.

Il faut aussi tenir compte du suicide dans son contexte social et culturel. L'incidence du suicide au Canada varie grandement en fonction du contexte régional, social et culturel. D'une part, il existe des différences provinciales importantes. Si le taux de suicide est relativement bas à Terre-Neuve et en Ontario, il est particulièrement élevé en Alberta et au Québec.

En 1996, 37 p. 100 de tous les suicides commis au Canada l'étaient par des Québécois. De 1960 à 1991, la plus forte hausse du taux provincial a été signalée au Québec où le taux a triplé. On sait aussi que les taux de suicide dans la population autochtone canadienne sont souvent plus du double que ceux de la population en général.

De nombreux facteurs qui ne relèvent pas de la santé mentale peuvent affecter les taux de suicide. Ce sont des facteurs sociaux comme la structure des relations sociales, les valeurs admises par la collectivité, l'accessibilité de l'aide aux gens qui font face à des difficultés. Nous ne savons pas vraiment comment ces facteurs affectent les taux de comportement suicidaire et cela empêche de concevoir des stratégies de prévention efficaces. Cette information est nécessaire aux chercheurs, aux intervenants et aux agences de santé publique afin de concevoir de meilleures stratégies.

Il faut aussi pouvoir tenir compte de tout le spectre des comportements suicidaires: les suicides avortés, les tentatives de suicide, les suicides assistés, les tentatives de suicide déguisées en accident, l'automutilation délibérée, l'euthanasie, l'accélération de la mort par un comportement qui met la vie en danger ou une prédisposition à l'automutilation, les gestes suicidaires, l'idéalisation suicidaire. Il comprend des tentatives n'ayant pas entraîné la mort et les tentatives immotivées; la mort prématurée dû à des comportements risqués.

Il sera important, dans une stratégie nationale de prévention du suicide, de tenir compte de tout le spectre des comportements suicidaires. Enfin, il serait important d'avoir accès à des données précises et fiables sur les comportements suicidaires, afin de pouvoir faire un suivi du problème et de pouvoir évaluer l'efficacité des interventions.

Actuellement, les données ne concernent pratiquement que les décès. Il serait utile d'avoir de meilleures données sur les comportements suicidaires, notamment les hospitalisations et les soins ambulatoires suite à des tentatives de suicide. On peut estimer que pour chaque décès par suicide, il y aurait près de 20 tentatives qui aboutissent dans les urgences des hôpitaux. Les suicides et les tentatives de suicide entraînent des coûts médicaux, économiques et sociaux, notamment un traumatisme pour les

ones. Little research has been done into the financial and other costs associated with suicidal behaviours in Canada.

Data of this nature would prove useful in justifying to the public the need for enhanced prevention strategies and in better assessing the effectiveness of prevention programs.

Summing up, a national suicide prevention strategy must be based on evidence-based practices, on mental health promotion programs and on a multidimensional model encompassing biological, clinical and psychosocial aspects; it must take into consideration social and cultural contexts and cover the full spectrum of suicidal behaviours; and finally, it must provide access to reliable, comprehensive data.

Following the February 2003 workshop, the Institute of Aboriginal Peoples' Health, working in cooperation with the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, launched a suicide prevention program targeting Aboriginal peoples in December of 2003. The INMHA plans to collaborate on the strategic initiative on intentional and unintentional injuries and to initiate a national research program on suicide using the research methods proposed at the Montreal workshop.

[English]

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Brière, for an excellent paper and presentation.

I will now turn to Dr. Turecki.

Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University, Douglas Hospital: Madam Chairman, thank you for the invitation to appear before this important committee.

I have brought with me some slides. I invite you to follow with me through the presentation with the slides, which illustrate some of the points I am trying to make.

I am both a clinician working on suicide as well as a researcher doing clinical research and biomedical research on suicide. When I was thinking about what to say today, I ended up deciding to talk about something that you would be certainly less likely to hear from others, namely, about the suicide diathesis, or the biological predisposition and overall predisposition to suicide.

Looking at the epidemiology of suicide, we realize that suicide is an important problem from a public health perspective. It ranks among the 10 top causes of death for individuals of all ages. It is the leading cause of death for young males, in particular those younger than 40 years of age.

On the second page, you will see the distribution of rates by suicide in different provinces. At this point in time, suicide rates in Quebec are the highest among all the provinces, with the

proches des victimes. Il y a peu de recherches sur les coûts financiers et non financiers des comportements suicidaires au Canada.

Ces données seraient certainement utiles pour justifier auprès du public la nécessité d'une meilleure prévention et pour mieux évaluer l'efficacité des programmes de prévention.

En résumé, une stratégie nationale de prévention du suicide doit faire appel à des pratiques fondées sur les preuves; s'appuyer sur des programmes de promotion de la santé mentale; se baser sur un modèle multidimensionnel qui inclut les aspects biologiques, cliniques et psychosociaux; tenir compte du contexte social et culturel; couvrir tout le spectre des comportements suicidaires; donner accès à des données fiables et complètes.

Depuis l'atelier de février 2003, l'Institut de la santé des Autochtones, en collaboration avec l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, a lancé en décembre dernier un programme de recherche sur la prévention du suicide chez les Autochtones. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies a l'intention de collaborer avec l'initiative stratégique sur les blessures intentionnelles et non intentionnelles et de lancer un programme de recherche national en matière de suicide basé sur les systèmes de recherche de l'atelier de Montréal.

[Traduction]

La vice-présidente: Merci, monsieur Brière, pour cet excellent exposé.

Le Dr Turecki a maintenant la parole.

Le Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill, Hôpital Douglas: Madame la présidente, merci de m'avoir invité à comparaître devant cet important comité.

J'ai apporté des diapositives. Je vous invite à suivre mon exposé à l'aide de ces diapositives qui illustrent certains éléments que je vais présenter.

Je suis à la fois un clinicien qui travaille sur le suicide et un chercheur qui fait de la recherche clinique et biomédicale sur le suicide. En réfléchissant à ce que j'allais dire aujourd'hui, j'ai décidé de vous entretenir d'un sujet dont vous êtes moins susceptibles d'entendre parler par d'autres, c'est-à-dire la diathèse du suicide, ou la prédisposition biologique et générale au suicide.

Un examen épidémiologique permet de constater que le suicide constitue un important problème sur le plan de la santé publique. Il figure parmi les 10 principales causes de décès, tous âges confondus. C'est la principale cause de décès chez les jeunes hommes, plus particulièrement les hommes âgés de moins de 40 ans.

À la deuxième page, vous voyez les taux de suicide dans chaque province. À l'heure actuelle, c'est au Québec que le taux de suicide est le plus élevé, à l'exception des territoires.

exception of the territories. In an average year, we have about 1,500 suicide cases in Quebec. That accounts roughly for about one third of all suicide cases in Canada.

Why is it that people commit suicide? This is a difficult question. Suicide is most probably a result of a number of different causes. It is multicausal and multifactorial. What is clear is that people do not commit suicide just because of unbearable stress. People who commit suicide do so also because they have a given biological predisposition to do so.

The next slide concerns the relationship between biological factors and suicide, which is complex. It is mediated and modified by a number of different factors. Among these factors we have early negative life stressors, personality variance and demographic variables. We also have life events and psychopathology.

Over the last few decades, studies have found that psychopathology or mental health problems are probably the single most important factor of suicide.

When we look at the distribution of psychopathology and suicide completers on the next line, we see that the most important problem that suicide completers have is major depression, as well as drug and alcohol related problems and, to a lesser extent, psychotic problems such as schizophrenia. This information comes from studies we have done in the Montreal area.

As Mr. Brière mentioned, although most suicide completers have a history of psychopathology, studies show that approximately 90 per cent meet criteria for one of these conditions. That figure is probably closer to 100 per cent. The reason it is not stated as 100 per cent is that the studies we do are not sensitive enough to detect that. However, most of the people who have these conditions do not die by suicide. In the studies we are conducting, the most important question is to define among those people who have what look to be the same condition why only some end up dying by suicide.

We have been doing studies that look at, for instance, subjects who have died by suicide in the context of an episode of major depression. We have compared them with people who have the same condition, major depression, but who did not have a history of suicidal behaviour and who have never attempted suicide during such an episode.

Clearly, beyond psychopathology, a number of factors may explain why some may commit suicide. Among these factors are personality variants, such as levels of impulsivity and aggression. Among these personality disorders — in other words, conditions that are characterized by pervasive problems related to these traits — there are borderline personality disorders, antisocial personality disorders and co-morbidity with alcohol and drug-related problems. We see those factors more frequently among those who have had a major depression and who died by suicide as compared to those patients with major depression who did not have a history of suicidal behaviour.

En moyenne, chaque année, il y a 1 500 suicides au Québec. Ce nombre représente environ le tiers de tous les suicides au Canada.

Pourquoi les gens se suicident-ils? C'est une question difficile. Il y a très probablement différentes causes au suicide. Les causes et les facteurs sont multiples. Ce qui est clair, c'est que les gens ne se suicident pas simplement parce qu'ils subissent un stress insoutenable. Ils se suicident parce qu'ils ont une prédisposition biologique à le faire.

La diapositive suivante présente la relation complexe qui existe entre les facteurs biologiques et le suicide. Différents facteurs jouent un rôle contributif ou modérateur, notamment les facteurs de stress négatif précoce, les troubles de la personnalité et les variables démographiques, ainsi que les événements de la vie et les troubles mentaux.

Au cours des quelques dernières décennies, des études ont permis de conclure que les troubles mentaux sont probablement le principal facteur du suicide.

En examinant la répartition des troubles mentaux chez les personnes qui se sont suicidées — sur la page suivante — nous constatons que les troubles les plus importants chez ces personnes sont la dépression majeure, ainsi que les problèmes liés à la toxicomanie et à l'alcoolisme et, dans une moindre mesure, les troubles psychotiques, comme la schizophrénie. Cette information est tirée d'études que nous avons menées dans la région de Montréal.

Comme M. Brière l'a mentionné, bien que la plupart des gens qui se suicident présentent des antécédents de troubles mentaux, les études démontrent qu'environ 90 p. 100 d'entre eux correspondent aux critères de l'un de ces troubles. Ce taux est probablement plus près des 100 p. 100. La raison pour laquelle il ne l'est pas est que nos études ne sont pas assez sensibles. Toutefois, la plupart des gens qui présentent ces troubles ne se suicident pas. Dans les études que nous menons, la question la plus importante consiste à déterminer pourquoi, parmi ces personnes qui semblent présenter le même trouble, seulement certaines d'entre elles se suicident.

Ainsi, nous avons entrepris d'étudier des individus qui se sont suicidés pendant un épisode de dépression majeure. Nous les avons comparés à des personnes présentant la même affection, une dépression majeure, mais qui n'avaient pas d'antécédents de comportement suicidaire et qui n'avaient jamais tenté de se suicider pendant un tel épisode.

De toute évidence, au-delà de la psychopathie, divers facteurs pourraient expliquer pourquoi certaines personnes se suicident. Parmi ces facteurs, il y a les traits de personnalité, comme le degré d'impulsivité et d'agressivité. Parmi les troubles de la personnalité — autrement dit, des états caractérisés par des problèmes généraux liés à ces traits — figurent les troubles légers de la personnalité, la personnalité antisociale, et la comorbidité associée à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Nous décelons plus souvent ces facteurs chez les individus qui ont souffert d'une dépression majeure et qui se sont suicidés, comparativement à ceux qui ont eu une dépression majeure mais qui n'ont jamais eu de comportement suicidaire.

The findings also suggest that high levels of impulsive and impulsive aggressive behaviours combined with behaviour facilitated by a substance abuse disorder may mediate suicide, for instance, in major depression. We are now conducting studies into other conditions as well.

Beyond those factors, we also find that frequently these people report a family history of suicidal behaviour. Whether this is suicidal completion or suicide attempts, it seems to be more frequent in their families. Approximately 35 to 37 per cent of suicide completers have a positive family history of suicide, which has been reported in the literature. For instance, what you see in these slides are two pedigrees from a study of the Amish population. The Amish are a close-knit community that has good social support and does not have problems related to substance and alcohol consumption. They do not have many suicide cases. Over the last 100 years, there have been 26 cases. What was interesting, though, was that these 26 cases were concentrated in only four pedigrees, which marked the first time researchers realized that suicide might be familial. Since then, many studies have been done. We have been doing other family studies that may suggest that suicidal behaviour aggregates or clusters in families.

Some of this clustering may be related to genes. We have been conducting a number of molecular studies trying to better understand and characterize the molecular factors that may explain this genetic predisposition to suicide.

We have been doing expression studies in suicide. That is to say, we take RNA or tissue from the brain of suicide completers and compare it with brain tissue from people who have died from other causes. We then use "microarrays," which are chips that contain all the genes in the genome, to try to identify specific patterns. What we end up with are snapshots of what was going on in the brains of these people before they died. As you can see in the graph on the right, we are able to separate people who have died by suicide as compared to controls based on those —

Senator Morin: There is an error on the left slide. One of the lines is not there.

Dr. Turecki: Sorry for that.

With the new technology, we are better able to understand the genetics of suicide. Nevertheless, I must stress that the relationship between genes and the outcome of suicide is complex and must be understood in the context of a number of different factors: social, clinical, environmental and general.

What is needed? First, we need to promote Canadian research on suicide. If we compare ourselves to other countries that have similar problems related to suicide, we see that Canada lags behind. We need to promote research focusing on suicide completers as well because they represent probably the most extreme and less heterogeneous phenotype. We need to

Les résultats de la recherche laissent aussi croire qu'un degré élevé d'impulsivité et de pulsions agressives combiné à un comportement induit par la toxicomanie ou l'alcoolisme peut mener au suicide dans les cas de dépression majeure, par exemple. À l'heure actuelle, nous menons aussi des études sur d'autres troubles.

Au-delà de ces facteurs, nous constatons aussi que, fréquemment, ces individus présentent des antécédents familiaux de comportement suicidaire. Qu'il s'agisse de suicides réalisés ou de tentatives de suicide, ils semblent plus fréquents dans leur famille. Environ 35 à 37 p. 100 des gens qui se suicident présentent des antécédents familiaux de suicide, ce dont fait état la documentation. Ainsi, cette diapositive représente deux familles visées par une étude sur la population Amish. La collectivité Amish est solidaire, elle offre un bon soutien social et ne présente pas de problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. On n'y recense pas beaucoup de cas de suicide. Depuis 100 ans, il y en a eu 26. Ce qui est intéressant, toutefois, c'est que ces 26 cas sont concentrés dans seulement quatre familles; c'est la première fois que des chercheurs se rendent compte que le suicide peut être familial. Depuis, de nombreuses études ont été effectuées. Nous avons fait d'autres études familiales qui laissent croire que le comportement suicidaire est concentré dans certaines familles.

Une partie de cette concentration peut être de nature génétique. Nous avons effectué un certain nombre d'analyses moléculaires pour mieux comprendre et définir les facteurs moléculaires qui expliquent cette prédisposition génétique au suicide.

Nous avons entrepris des études d'expression liées au suicide. Autrement dit, nous prenons des échantillons d'ARN ou de tissu du cerveau de personnes qui se sont suicidées, et nous les comparons avec les tissus cérébraux de personnes qui sont mortes d'autres causes. Nous utilisons ensuite des «biopuces», c'est-à-dire des puces contenant tous les gènes du génome, dans le but de cerner des tendances particulières. Nous obtenons ainsi un cliché de ce qui se passait dans le cerveau de ces sujets avant leur décès. Comme vous pouvez le voir dans le graphique de droite, nous sommes capables de distinguer les personnes qui se sont suicidées des...

Le sénateur Morin: Il y a une erreur sur la diapositive de gauche. Il manque une ligne.

Le Dr Turecki: J'en suis désolé.

La nouvelle technologie nous permet de mieux comprendre les aspects génétiques du suicide. Néanmoins, je dois souligner que le lien entre les gènes et l'issue du suicide est complexe et qu'il doit être examiné à la lumière de divers facteurs sociaux, cliniques, environnementaux et généraux.

De quoi avons-nous besoin? Premièrement, nous devons promouvoir la recherche canadienne sur le suicide. Si nous nous comparons à d'autres pays où la situation est semblable, nous constatons que le Canada accuse un retard. Nous devons aussi promouvoir la recherche sur les gens qui se sont suicidés, parce qu'ils représentent probablement le phénotype extrême et le moins

identify risk factors taking into account the multifactorial nature of suicide. In order to do so, we need to do large-scale studies; to do large-scale studies, we need funds.

The Deputy Chairman: We will now turn to Ms. Yackel, who has travelled to Ottawa from Calgary to make this presentation.

Ms. Diane Yackel, Executive Director, Centre for Suicide Prevention: Honourable senators, thank you for the opportunity to speak with you today.

The Centre for Suicide Prevention is a program of the Canadian Mental Health Association. It focuses specifically on providing information services, research and suicide prevention training programs, while CMHA colleagues across the country carry out the more direct counselling and support services.

The Centre for Suicide Prevention houses a specialized resource library with over 32,000 documents on site. It is the largest English language collection of information in the world on suicide and suicide information.

When our centre received the invitation to appear here today, to support the work of this standing committee, we set about becoming aware of what information honourable senators had already received. Consequently, we took the liberty to create this English document, summarizing the suicide-specific evidence presented by the previous witnesses. Hopefully, it will serve as a handy reference tool for you.

At the back of the document, we have appended some new information and a small number of our own reference bulletins to supplement one or two specific content areas. It is obvious that this committee has already received excellent evidence on suicide in the course of its examination of mental health and mental illness issues.

The second document that we prepared is a compilation of the national, state and provincial suicide prevention strategies housed within our library. As you will see from the contents, and as you have heard from past witnesses, many countries have opted to develop specific initiatives directed to the reduction of suicide as a preventable problem. The countries that we have listed have published plans supported by that country's national government. Some countries, notably Australia and the United States, have also encouraged the initiation of secondary level provincial, state, territorial or county strategies.

There may be other international strategies of which we are unaware, or that are not published in English, but we will be posting this document on our Web site and will be adding new information as it becomes available.

The second document, the summary of national, state and provincial suicide prevention strategies, underscores the central message I wish to convey today. I refer to the urgent need for a national strategy specific to suicide prevention in Canada.

hétérogène. Nous devons cerner les facteurs de risque en tenant compte de la nature multifactorielle du suicide. Pour ce faire, nous devons effectuer des études de grande envergure; par conséquent, nous avons besoin de fonds.

La vice-présidente: Nous allons maintenant entendre Mme Yackel, qui est venue de Calgary pour présenter son exposé.

Mme Diane Yackel, directrice générale, Centre for Suicide Prevention: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir offert cette occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Le Centre for Suicide Prevention est un programme de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ses principaux champs d'activité sont les services d'information, la recherche et les programmes de formation en prévention du suicide, alors que nos collègues de l'Association qui sont disséminés dans tout le pays se chargent des services directs de counselling et de soutien.

Le Centre comprend une bibliothèque spécialisée qui compte plus de 32 000 documents. C'est la plus vaste collection d'information de langue anglaise sur le suicide au monde.

Quand notre centre a été invité à témoigner ici aujourd'hui pour appuyer le travail de ce comité permanent, nous avons cherché à savoir quelle information les honorables sénateurs avaient déjà reçue. Par conséquent, nous avons pris la liberté de produire ce document en anglais, qui résume les données sur le suicide présentées par les témoins précédents. Nous espérons que cet aide-mémoire vous sera utile.

À la fin du document, nous avons annexé de l'information récente et, à titre complémentaire, quelques-uns de nos propres bulletins qui traitent d'un ou deux domaines particuliers. De toute évidence, ce comité a déjà reçu d'excellentes données sur le suicide pendant son examen des enjeux associés à la santé et à la maladie mentales.

Le deuxième document que nous avons préparé est une compilation des stratégies nationales, provinciales et d'État pour la prévention du suicide, conservées dans notre bibliothèque. Comme vous le constaterez en examinant la table des matières et comme vous l'avez déjà entendu dire par d'autres témoins, beaucoup de pays ont choisi d'élaborer des programmes précis de prévention du suicide. Les pays que nous avons inclus dans la liste ont publié des plans appuyés par leur gouvernement national. Certains pays, comme l'Australie et les États-Unis, ont aussi encouragé l'adoption de stratégies secondaires à l'échelon provincial, territorial, des États ou des comtés.

Il existe peut-être d'autres stratégies étrangères que nous ne connaissons pas ou qui ne sont pas décrites en anglais, mais nous allons verser ce document dans notre site Web et nous y ajouterons de l'information à mesure que nous la recevrons.

Le deuxième document, le résumé des stratégies de prévention du suicide nationales, provinciales et d'État, met en lumière le principal message que je veux livrer aujourd'hui, c'est-à-dire qu'il est urgent d'établir une stratégie nationale de prévention du suicide au Canada.

Canada possesses neither a specific national suicide prevention strategy, nor a more broadly-based national mental health framework. On a provincial level, only Quebec and New Brunswick have finalized some form of suicide prevention plan.

An analogy for suicide in Canada has been made to that of a jumbo jet crashing every month. If that were to occur month after month — every 30 days, another 340 souls going down on a large aircraft carrier somewhere in Canada — would not reasonable people eventually say, “What is going on here?” Would it not make more sense to put energy into stopping the crashes versus tolerating the aftermath? Suicide is a stoppable problem. It is an action, not an illness.

In my view, it is appalling that Canada lacks a specific federal direction to reduce the incidence and prevalence of suicide and suicidal behaviours that we experience in this country. Moreover, attempted suicides, where the individual's actions have been non-fatal, are like the submerged, unseen base of an iceberg; they engender untold suffering to individuals and families and they also consume enormous health care resources.

In the year 2000, a report jointly published by Health Canada, Alberta Wellness, the Alberta Centre for Injury Control and the Centre for Suicide Prevention calculated a ratio that for every suicide death in Alberta, there were nearly seven hospitalizations due to suicide attempts and over 17 emergency room visits for self-inflicted injury. If that Alberta ratio were to be applied to all of Canada, it would represent approximately 28,000 hospitalizations and 68,000 emergency room visits per 4,000 suicide deaths every year. This is costly to Canadians.

A 1996 New Brunswick study outlined the direct and indirect financial impacts of suicide with a mean total cost estimate at nearly \$850,000 per suicide death. For attempted suicides, other sources estimate the cost in the range of \$33,000 to just over \$300,000 per individual.

On a positive note, the Canadian Association for Suicide Prevention has led recent impressive efforts to guide the development of a blueprint for a pan-Canadian strategy to reduce suicide and its impacts. On Monday of this week, they released the first public draft of the blueprint, which may be found on their Web site, suicideprevention.ca.

Some have suggested that if Canada were to have a well-formulated mental health strategy, there would be no need for a suicide specific initiative. I was encouraged that out of the handful of health care issues that the standing committee felt needed greater in-depth study, the honourable senators of this committee unanimously agreed to examine the area of mental health and mental illnesses as your first priority.

There is a need for a pan-Canadian mental health plan. I hold the opinion, however, that not only is a specific national suicide prevention strategy required on its own merit, but that such a strategy holds potential benefits in addressing the greater objective of improved mental health and mental well-being

Le Canada ne dispose d'aucune stratégie nationale précise de prévention du suicide, ni d'un cadre général et national de santé mentale. À l'échelon provincial, seuls le Québec et le Nouveau-Brunswick ont formulé un plan de prévention du suicide.

On a comparé les conséquences du suicide au Canada à celles de l'écrasement, chaque mois, d'un avion gros-porteur. Si un tel écrasement se produisait chaque mois, à tous les 30 jours, 340 personnes périraient dans un écrasement d'avion au Canada. Les gens intelligents ne finiraient-ils pas par se demander ce qui se passe? Ne serait-il pas sensé d'investir pour mettre fin à ces écrasements plutôt que d'en tolérer les conséquences? On peut prévenir le suicide. C'est un geste, pas une maladie.

À mon avis, il est déplorable que le Canada n'ait pas de directive fédérale pour la réduction de la prévalence du suicide et des comportements suicidaires au pays. En outre, les tentatives de suicide, où le geste d'un individu n'a pas de conséquence fatale, sont comparables à la partie immergée et invisible de l'iceberg; elles causent des souffrances indicibles aux individus et à leur famille, et elles accaparent d'énormes ressources du système de santé.

En l'an 2000, un rapport publié en commun par Santé Canada, Alberta Wellness, l'Alberta Centre for Injury Control et le Centre for Suicide Prevention, calculait que, pour chaque suicide survenu en Alberta, on comptait presque sept hospitalisations dues à des tentatives de suicide et plus de 17 visites dans des salles d'urgence pour des blessures auto-infligées. Si le ratio albertain était appliqué à tout le Canada, cela donnerait approximativement 28 000 hospitalisations et 68 000 visites à des salles d'urgence par 4 000 suicides chaque année. Voilà qui coûte très cher aux Canadiens.

En 1996, une étude néo-brunswickoise a décrit les impacts financiers directs et indirects du suicide, le coût total moyen étant évalué à 850 000 \$ presque par suicide. Dans le cas des tentatives de suicide, d'autres sources évaluent que le coût varie entre 33 000 \$ et un peu plus de 300 000 \$ par personne.

Sur une note plus positive, l'Association canadienne pour la prévention du suicide a déployé des efforts impressionnants récemment en vue d'orienter l'élaboration d'une stratégie pancanadienne visant à réduire le suicide et ses impacts. Lundi dernier, elle a publié la première ébauche publique du plan détaillé que l'on peut consulter sur son site Web, suicideprevention.ca.

D'après certains, si le Canada se dotait d'une stratégie bien énoncée en santé mentale, il ne serait pas nécessaire de mettre en place une initiative propre au suicide. J'ai été encouragée par le fait que, parmi la poignée de dossiers de santé qui, selon le comité permanent, méritait une étude beaucoup plus fouillée, les honorables sénateurs ont à l'unanimité convenu d'étudier comme première priorité la santé mentale et les maladies mentales.

Le besoin d'un régime pancanadien de santé mentale est réel. Je suis d'avis, toutefois, qu'une stratégie nationale de prévention propre au suicide non seulement se justifie, mais qu'elle comporterait également d'éventuels avantages sur le plan de la santé mentale et du bien-être mental de notre société. À mon avis,

across our society. I suggest that a strong national suicide prevention strategy could serve a catalytic purpose in the development and implementation of a comprehensive national plan for mental health and mental illness.

My closing comments will revolve around the area that I feel has been most under-represented in these hearings to date — the voice of the survivors, those left in the profound aftermath of suicide.

On a personal note, I am not a survivor of suicide. By profession I am a nurse, a psychologist and a certified thanatologist. Prior to joining the Centre for Suicide Prevention, I was in a private counselling practice specializing in grief therapy, a role I continue on a selective basis.

While I could never adequately represent the devastation suicide causes in personal relationships, I believe I can convey some of the messages the survivors I have known would want to communicate to you were they able to be here today to do so in person. I can relay an endless number of tragic stories, but I think of four mothers in particular.

The first was a woman who had had two husbands. Both had died by suicide. She came to see me at the point in time when her son, her only child, had hung himself. Several weeks after her son's death, she was released from her work responsibilities because "she no longer was a productive employee."

Then there was the incapacitated mother. She was frozen in time. She was unable to sleep anywhere but on her chesterfield near the front door of her home. This was the chesterfield from which she last saw her son and from where she heard the gun shot. Perhaps, just perhaps, if she stayed there long enough, he might come back through that front door again and she would have a second chance to stop him from going into his bedroom and shooting himself.

There was an Aboriginal mother whose 19-year-old daughter lay down on the railway tracks when life became too difficult for her to go on.

There is yet another mother, herself a widow, who discovered and had to cut down the body of her 14-year-old daughter hanging in their house. I am not a parent, but I cannot help but feel adamant that no parent, let alone that of a 14 year old, should ever have that kind of experience.

It is truly impossible to convey the profound anguish that survivors suffer. It is beyond our ability to truly comprehend. The greatest anguish is that, in most instances, suicide deaths can be prevented. To a person, every survivor that I have ever known would say to you that something desperately and urgently needs to be done to stop this needless, unspeakable pain.

To be truthful, I now seldom tell survivors that there are 32,000 documents on suicide in our library at the centre. There is nothing in our library that justifies the preventable death of their loved one.

une forte stratégie nationale de prévention du suicide pourrait servir de catalyseur à l'élaboration et à la mise en place d'un plan national complet en matière de santé mentale et de maladies mentales.

Je réserve mes dernières observations au sujet dont, selon moi, on a le moins parlé dans vos audiences jusqu'ici — celui des survivants, de ceux qui doivent vivre avec les profondes conséquences du suicide.

Sur une note personnelle, je précise que je ne suis pas une survivante du suicide. Par profession, je suis infirmière, psychologue et thanatologue. Avant de me joindre au Centre for Suicide Prevention, j'avais une pratique privée où je faisais du counselling spécialisé auprès de personnes endeuillées, un rôle que je poursuis sur une base sélective.

Bien que je ne prétende pas pouvoir illustrer les ravages causés par le suicide dans les relations personnelles, je crois pouvoir transmettre certains des messages que les survivants que j'ai connus auraient aimé vous communiquer s'ils avaient pu être ici aujourd'hui. Je peux vous raconter drame après drame, mais je songe notamment à quatre mères.

La première était une femme qui avait eu deux époux. Les deux s'étaient suicidés. Elle est venue me consulter après que son fils, son unique enfant, se soit pendu. Plusieurs semaines après la mort de son fils, elle a été remerciée de ses services par son employeur parce qu'elle «n'était plus un employé productif».

Il y a aussi eu cette mère qui a perdu ses moyens, qui s'est figée dans le temps. Elle était incapable de dormir où que ce soit, sauf sur le sofa près de la porte d'entrée de la maison. C'était le sofa sur lequel elle avait vu pour la dernière fois son fils et duquel elle avait entendu le coup de feu. Il y avait peut-être une chance, une toute petite chance, si elle demeurait là suffisamment longtemps, pour qu'il franchisse à nouveau la porte et qu'elle ait une autre chance de l'empêcher d'aller dans sa chambre et de se tuer.

Je me souviens aussi de cette mère autochtone dont la fille de 19 ans s'est couchée sur la voie ferrée quand le mal de vivre lui est devenu trop lourd à porter.

Il y a cette autre mère aussi, elle-même veuve, qui a découvert le corps de sa fille de 14 ans pendu dans la maison et qui a dû couper la corde. Je n'ai pas d'enfant, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'aucun parent, encore moins celui d'un enfant de 14 ans, devrait avoir à vivre ce genre d'expérience.

Il est vraiment impossible de décrire la profonde douleur des survivants. Elle dépasse notre capacité à vraiment comprendre. La plus grande angoisse, c'est que, le plus souvent, on peut prévenir le suicide. Je ne connais pas de survivants qui ne m'aient dit que des mesures désespérées et urgentes doivent absolument être prises pour enrayer ce mal inutile et indicible.

À vrai dire, je dis rarement maintenant aux survivants que notre bibliothèque du centre compte 32 000 documents sur le suicide. Il n'y a rien dans notre bibliothèque qui justifie la mort évitable d'un être aimé.

While it is discomfoting to ask, the question needs to be raised: What will it take to move a national suicide prevention strategy forward? What more do we need to know before we will act? Will it be 33,000 documents, 40,000? Is it 75,000? How much more information will be enough before we start?

Yesterday, there were more than 10 families somewhere in our great nation whose lives were unalterably changed because a father, a son, a sister or some family member with some degree of "intentionality" chose to die by suicide. Today, there have been at least 10 more families who have received news from a police officer or a physician or, most catastrophically, opened a door to a gruesome discovery that will now change their family forever. Tomorrow, there will be another 10 families and the day after that 10 more unless we do something differently.

In the United States, the movement to adopt a national strategy has been strongly driven by a volunteer survivor organization. There is no such organization or structure within Canada. The public survivor voice here is faint and fragmented without organization, but it is here. We hear this voice every day in our CMHA offices across Canada.

I plead with you. Unashamedly, I beg you to use your influence in calling for the urgent and immediate development of a national suicide prevention strategy for Canada that would, in turn, be a catalyst for the development of provincial and appropriate community strategies.

Honourable senators, we need your leadership.

The Deputy Chairman: Thank you very much for your moving and compelling testimony, and thank you, as well, for this document.

Senator Morin: I know you quoted some very important people in this document, especially Senator Cook. She is very proud of this.

I have two questions.

[Translation]

Dr. Brière, my question pertains to suicide prevention.

Obviously, this condition cannot be treated. What evidence do we have that the various programs in place are truly effective in terms of preventing suicide?

This is an important question because if we want to develop a suicide prevention strategy and invest the necessary resources, we need some assurances first of all that the programs will be effective. People turn to programs such as Suicide Secours, but would a placebo of some kind be just as effective? Do you understand the gist of my question?

Bien qu'il ne soit pas facile de le faire, il faut tout de même se poser la question: que faudrait-il faire pour faire avancer la stratégie nationale de prévention du suicide? Que faut-il savoir de plus avant de passer à l'action? Faudra-t-il 33 000 documents, 40 000? Faudra-t-il attendre qu'il y en ait 75 000? Combien d'information faut-il avoir avant de commencer?

Hier, plus de 10 familles de notre grand pays ont vu leur vie irrévrsiblement changée parce qu'un père, un fils, une soeur ou un proche a décidé, intentionnellement jusqu'à un certain point, de se suicider. Aujourd'hui, au moins 10 autres familles ont été informées par un agent de police ou par un médecin du décès par suicide d'un proche ou, de manière plus catastrophique, ont ouvert la porte le soir pour faire la macabre découverte qui changera à tout jamais leur famille. Demain, 10 autres familles et, le lendemain, 10 autres encore vivront la même situation à moins que nous n'agissions.

Aux États-Unis, le mouvement en faveur de l'adoption d'une stratégie nationale a été mené par un organisme regroupant des survivants bénévoles. Il n'existe pas de pareille organisation ou structure au Canada. La voix publique des survivants est faible et fragmentée, sans organisation. Toutefois, elle existe. Nous l'entendons tous les jours dans les bureaux de l'ACSM répartis un peu partout au Canada.

Je vous en supplie. Sans aucune honte, je vous supplie d'exercer votre influence pour qu'une stratégie nationale de prévention du suicide soit immédiatement et toutes affaires cessantes élaborée pour le Canada, stratégie qui à son tour servira de catalyseur pour l'élaboration de stratégies provinciales et communautaires convenables.

Honorables sénateurs, nous avons besoin de votre leadership.

La vice-présidente: Je vous remercie beaucoup de ce témoignage prenant et troublant, de même que de ce document.

Le sénateur Morin: Je sais que vous avez cité des personnes très importantes dans ce document, notamment le sénateur Cook. Elle en est très fière.

J'ai deux questions à vous poser.

[Français]

Docteur Brière, ma question porte sur la prévention du suicide.

Évidemment, il n'y a pas de traitement pour cette condition. Quelle évidence a-t-on, basée sur des preuves, que les différents programmes sont réellement efficaces dans la prévention du suicide?

Il s'agit d'une question importante car si on veut entreprendre une stratégie de prévention du suicide et investir dans des ressources, je pense qu'on doit d'abord s'assurer de l'efficacité des programmes. Les gens agissent à travers des programmes tels que Suicide Secours, mais si on avait un téléphone placebo, est-ce que ce serait tout aussi efficace? Comprenez-vous le sens de ma question?

Dr. Brière: I certainly do. Many prevention programs are in place and few have been evaluated. There is no way of knowing if these measures really have any kind of impact. Obviously, some actions are effective and can be taken.

During the 1970s, Sweden had a program in place where general practitioners were trained to diagnose depression and prescribe anti-depressants. As a result of this nation-wide program, the suicide rate in the country dropped.

Senator Morin: Did the suicide rate among youths decline? It is a fact that suicide rates tend to rise when anti-depressants are prescribed to young people.

Dr. Brière: That is a controversial finding. I do not know whether youths were included in that study or not. An initiative such as this which does not target suicide specifically, but rather depression in general, can prove successful in lowering the suicide rate. That is what my colleagues found.

If we found a way to treat mental health problems and depression more successfully, we would lower the suicide rate and in the process, address drug and alcohol addiction problems, which are also major risk factors. The important thing is for programs to be properly evaluated to ensure that they produce positive results.

Senator Morin: You maintain that before steps are taken to devise a national suicide prevention strategy, it would be a good idea to evaluate the various programs to see which ones work, and which ones do not.

[English]

My second question is for Dr. Turecki, the question of cultural factors in suicide. Health Canada published a paper this week. It says that immigrants in Canada have a much lower rate of suicide, but their children have the same rate as the rest of Canadians.

In addition, our very competent and very expert researchers from the Library of Parliament prepared a chart of selected countries covering the years 1998 to 2000, and Canada is surprisingly low on that list. For example, Sweden, which we referred to as having this program of prevention, is fairly high on the list and Finland is among the highest. The United States is even lower than Canada, and the U.K. is lower than everyone. France is quite high, which might have something to do with the fact that the suicide rate is high in Quebec and low in other parts of the country.

This, of course, would have nothing to do with the genetic buildup because the children of immigrants in one generation have not changed their genetic pattern. What are your comments on the cultural factors here?

M. Brière: J'ai bien saisi le sens de votre question. Il y a beaucoup de programmes de prévention et peu d'entre eux ont été évalués. On ne sait pas vraiment si les démarches qui sont entreprises ont vraiment un impact. Il est évident que des choses fonctionnent et peuvent être entreprises.

En Suède, dans les années 70, un programme formait les médecins généralistes à diagnostiquer la dépression et à prescrire des antidépresseurs. En faisant cela sur une grande échelle à travers tout le pays, on a réussi à faire diminuer le taux de suicide.

Le sénateur Morin: Était-ce chez des jeunes? On sait que chez les jeunes, la prescription d'antidépresseurs augmente le taux de suicide.

M. Brière: Ce fait est controversé. Je ne sais pas si à cette époque les mineurs faisaient partie de l'étude ou pas. Si on prend une mesure comme celle-là, qui n'est pas ciblée directement sur le suicide, mais de façon très générale sur la dépression, on peut arriver à diminuer les taux de suicide et c'est ce qu'affirmaient mes collègues.

Si on arrivait à bien traiter les problèmes de santé mentale et si on traitait plus adéquatement les cas de dépression, on diminuerait le taux de suicide de même que les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme qui sont aussi d'importants facteurs de risque. L'important, c'est que les programmes soient bien évalués afin qu'on soit bien certains qu'ils aient des effets bénéfiques.

Le sénateur Morin: Avant d'entreprendre une stratégie nationale de prévention sur le suicide, vous dites qu'il serait bon d'avoir une évaluation des différents programmes pour être en mesure de savoir quels sont ceux qui fonctionnent et ceux qui ne fonctionnent pas.

[Traduction]

Ma deuxième question s'adresse au Dr Turecki et concerne les facteurs culturels du suicide. Santé Canada a publié cette semaine un document dans lequel il affirme que les immigrants au Canada ont un taux beaucoup plus bas de suicide, mais que leurs enfants ont le même taux que le reste des Canadiens.

De plus, nos très compétents et très experts attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement ont préparé un tableau des taux de suicide dans certains pays pour les années allant de 1998 à l'an 2000. Le Canada a un taux étonnamment bas sur cette liste. Par exemple, la Suède, dont on a dit qu'elle avait ce programme de prévention, a un taux plutôt élevé, et la Finlande est parmi les premiers. Les États-Unis ont un taux encore plus bas que le Canada, et le Royaume-Uni est tout à fait en bas. Le taux en France est très élevé, ce qui pourrait peut-être avoir un rapport avec le fait que le taux de suicide est élevé au Québec et plus faible dans d'autres parties du pays.

Cela bien sûr n'aurait rien à voir avec le bagage génétique puisque celui des enfants d'immigrants n'a pas changé en une seule génération. Qu'avez-vous à dire au sujet des facteurs culturels?

Dr. Turecki: That is a pertinent point. One thing we know now is that there is a predisposition. However, the relationship between the predisposition and the outcome of suicide is mediated by different factors, such as cultural factors, psychological upbringing and life stressors.

That said, diathesis relates not only to genes. A number of different factors are involved, such as behavioural traits, personality profile, et cetera. They more or less predispose people to suicide, but the variation in the rates is clearly environmental.

We are not to think, for instance, that the rate changes in one province from year to year have to do with changes in the genetic makeup of the population. Quite the contrary. The population is the same. What changes is the level of the stressors, but not everyone responds to them in the same way.

With respect to immigrants, the rates might be low, but there are still people who commit suicide. It is this relationship we have to better understand. When I talk about diathesis, I think the important issue is that it is important to better understand who is at risk of suicide.

It is important to create programs for suicide prevention — absolutely. However, these programs will be more effective in certain people as compared to everyone in general. In that sense, we have to better understand exactly who is more at risk of committing suicide when exposed to certain situations.

We still lack a lot of that knowledge. We know very little about exactly what are the determinants of suicide. That was the primary point I was trying to make. We have to understand that to better grasp the complexities behind the person who commits suicide.

As a clinician, I am often at the emergency room, and many people come there having attempted suicide. Am I supposed to keep everyone inside against his or her will? Of course not. Many people who attempt suicide will not end up committing suicide. A suicide attempt is a complex phenomenon. A lot of people attempt suicide because they want to communicate, because they want other things beyond actually dying.

We have to better understand who exactly is at risk. In that sense, genes can provide part of that story — not the whole picture — and we have to better understand how the genes relate to other factors, which is why we have to conduct large-scale studies.

Senator Callbeck: Thank you for your compelling presentations this afternoon.

I have a chart of the suicide rates in Canada for the last 50 years. As you say, we have no national suicide prevention strategy. Only two provinces have one, yet the rate has varied tremendously. It went up sharply from the 1950s to the 1980s and peaked in 1983. It was more or less stable and then there was a slight decrease between 1995 and 1998, the latest year for which we have statistics. In your opinion,

Le Dr Turecki: Voilà un point intéressant. Nous savons maintenant, entre autres, qu'il existe une prédisposition au suicide. Toutefois, le lien entre la prédisposition et le passage à l'acte est tempéré par différents facteurs, comme des facteurs culturels, l'éducation psychologique et les stressors.

Cela étant dit, la diathèse ne concerne pas que les gènes. Plusieurs facteurs différents entrent en jeu, par exemple des traits de comportement, le profil de la personne, et ainsi de suite. Ils prédisposent plus ou moins les personnes au suicide, mais de toute évidence, la variation des taux est d'origine environnementale.

Il ne faudrait pas croire, par exemple, que les variations de taux d'une province, d'année en année, signalent des changements dans la constitution génétique de la population. Bien au contraire, la population est la même. Ce qui change, c'est le niveau de stressors, mais personne n'y réagit de la même façon.

En ce qui concerne les immigrants, les taux sont peut-être faibles, mais il y en a tout de même qui se suicident. C'est ce lien qu'il faut mieux comprendre. Quand je parle de diathèse, je crois que l'important, c'est de mieux comprendre qui est à risque, en termes de suicide.

Il importe de créer des programmes pour la prévention du suicide — tout à fait. Par contre, les programmes seront plus efficaces chez certains que chez d'autres. C'est en ce sens qu'il faut mieux comprendre quels candidats au suicide sont les plus à risque lorsqu'ils sont exposés à certaines situations.

Beaucoup de ces connaissances nous manquent. Nous en savons très peu au sujet des facteurs déterminants du suicide. C'était le point central que j'essayais de faire comprendre. Il faut les connaître pour bien saisir la complexité de la personne qui se suicide.

En tant que clinicien, je suis souvent dans la salle d'urgence, et de nombreuses personnes qui s'y présentent ont essayé de se suicider. Suis-je censé toutes les garder à l'hôpital, contre leur gré? Bien sûr que non. De nombreuses personnes qui tentent de se suicider n'y parviennent pas. Une tentative de suicide est un phénomène complexe. Beaucoup de personnes tentent de se suicider parce qu'elles souhaitent communiquer, parce qu'elles cherchent autre chose que la mort.

Il faut mieux comprendre qui exactement est à risque. En ce sens, les gènes peuvent fournir une partie de la réponse — pas la réponse complète —, et il nous faut mieux comprendre le lien entre les gènes et d'autres facteurs, d'où la raison pour laquelle il faut mener des études à grande échelle.

Le sénateur Callbeck: Je vous remercie des témoignages convaincants de cet après-midi.

J'ai ici un tableau des taux de suicide au Canada au cours des 50 dernières années. Comme vous le dites, nous n'avons pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Seules deux provinces en ont une, et pourtant le taux a considérablement varié. Il a grimpé en flèche des années 50 aux années 80 et a culminé en 1983. Il s'est ensuite plus ou moins stabilisé et a légèrement régressé entre 1995 et 1998, la dernière année pour

what caused that? Was it the flower generation? Was it the drugs?

Mr. Turecki: That is the \$10 million question. We do not really understand exactly. If we could, we could prevent it from happening.

Certainly there are a number of changes in society that could have facilitated the changes in rates. As well, there are changes in the way we have reported suicide, the way we have looked at suicide over the years. Many years ago people were more reluctant to indicate that a death was a suicide, and so society evolved at a number of levels.

For example, I remember discussions that I had with coroners in Ontario, who would identify a death as being a consequence of suicide based on a different set of factors than a coroner in Quebec. They used different systems. Part of that difference between provinces may be due to how coroners look at suicide.

Again, it is a complex situation. A number of social factors have changed over the years. There are also cohort factors, such as how generations regard suicide and how generations have faced problems over the years that have changed. These factors may explain some of these changes. This is a question that all of us would like to better grasp and understand.

Ms. Yackel: I am glad that you answered the question. It is a very difficult thing to try to analyze and understand. I have nothing further to add to what Dr. Turecki has said.

Senator Callbeck: Ms. Yackel, you mentioned that Quebec and New Brunswick are the only two provinces that have prevention programs. Can you comment on their effectiveness? Are there things that we can learn from the successes or failures in those two provinces?

Ms. Yackel: I am not certain whether Quebec, which has the more comprehensive of the two programs, has done specific evaluations. I rather suspect, because of the leadership that comes out of CRISE and Dr. Brian Mishara, that more work has likely been done in that regard.

Overall, in terms of measurements, the questions that we receive most commonly relate to what you have just done, that is, explain the rates. What does this mean? Whatever the rate is, can we reduce it? If we are comparing apples to apples, the difficulty of comparing one province to another, comparing one country to another, is that often we are not using the same set of standards. However, what have we done that has changed? I do not have data that would suggest whether the rates in New Brunswick or Quebec have been reduced in relationship to their programs.

laquelle nous disposons de données statistiques. Selon vous, qu'est-ce qui a causé ces variations? Était-ce la génération hippie? Les drogues?

Le Dr Turecki: C'est la question à laquelle tous aimeraient avoir la réponse. Nous ne connaissons pas vraiment les causes du phénomène. Si c'était le cas, nous pourrions éviter que cela ne se reproduise.

Plusieurs changements survenus au sein de la société auraient certes pu faciliter une variation des taux. De plus, la façon dont nous signalons les suicides, dont nous les avons abordés au fil des ans, a aussi changé. Il y a bien des années, on hésitait beaucoup à dire qu'un décès était un suicide, et la société a évolué sur de nombreux plans.

Par exemple, je me rappelle les discussions que j'ai eues en Ontario avec des médecins légistes qui qualifiaient un décès comme étant la conséquence d'un suicide selon une série de facteurs différente de celle qu'utilisait le médecin légiste du Québec. Ils se servaient d'un système différent. Une partie de la différence des taux entre provinces est peut-être attribuable à la façon dont les médecins légistes traitent le suicide.

Je répète que la situation est complexe. Plusieurs facteurs sociaux ont changé au fil des ans. Il y a aussi des facteurs de cohorte, comme la façon dont les générations voient le suicide et la façon dont elles ont fait face au problème au fil des ans, qui ont aussi changé. Ces facteurs expliquent peut-être certains des changements. C'est une question que nous aimerions tous mieux comprendre.

Mme Yackel: Je suis contente que vous ayez répondu à la question. C'est un phénomène très difficile à cerner et à comprendre. Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit le Dr Turecki.

Le sénateur Callbeck: Madame Yackel, vous avez mentionné que le Québec et le Nouveau-Brunswick sont les deux seules provinces qui ont des programmes de prévention. Pouvez-vous commenter leur efficacité? Y a-t-il des leçons que nous pouvons tirer des succès ou des échecs enregistrés dans ces deux provinces?

Mme Yackel: Je ne suis pas sûre que le Québec, qui a le programme le plus complet des deux, ait fait des évaluations spécifiques. Je soupçonne qu'en raison du leadership manifesté par CRISE, et le Dr Brian Mishara, on y a fait davantage de travail à cet égard.

De façon générale, pour ce qui est de mesurer le rendement, les questions qu'on nous pose le plus couramment s'apparentent aux vôtres, c'est-à-dire qu'on nous demande d'expliquer les taux. Qu'est-ce que cela signifie? Et quel que soit le taux, pouvons-nous le réduire? Si l'on souhaite comparer des comparables, un problème se pose lorsqu'on veut faire des comparaisons entre une province et une autre ou un pays et un autre car bien souvent, nous n'utilisons pas les mêmes normes. Quoi qu'il en soit, qu'avons-nous fait qui a changé? Je n'ai pas de données qui laisseraient entendre que les taux au Nouveau-Brunswick ou au Québec ont diminué en rapport avec leurs programmes.

Looking at the issue from a more global perspective, when Dr. Links was here, he referred to the Finland experience, which is the longest. In the course of the first 10 years, they did manage to reduce their overall rate by 20 per cent, and it has now levelled out at 10 per cent.

The early indications out of England are that there seems to be the beginnings of a dip. They would not in any way label it as a trend because it is only within their first year. However, this is what we look for, ultimately.

Senator Fairbairn: This is a difficult and upsetting issue. I do not know about my colleagues, but I have had friends who have had this actually occur in their families.

I would like to ask a question about the degree to which one can get information on which to draw the statistics. To what degree today in Canada are suicides hidden so that they will not turn up in the statistics?

Mr. Turecki: That is an interesting question. As I mentioned before, there are different systems of how suicide is actually seen by the coroner. To my knowledge, no studies have looked at how the different ways of understanding suicide may modify the rates. That was one of the suggestions we made at the workshop that was mentioned before. There should be studies looking at the process coroners undertake to consider a death as suicide. A number of suicides are considered as undetermined deaths. Whether that would have a major impact on suicide rates is an interesting question, but to my knowledge, we do not know that precisely.

Senator Fairbairn: There is an issue of the stigma on families. In my youthful years I was a journalist, and there was an accepted protocol that if a death occurred by suicide, it was never spoken of and never reported, which I think has changed in recent years.

I ask the question because with our young people, especially those in the Aboriginal community, the suicide rate is meant to be seen. However, with others, it may be meant to be unseen. In the end, it may be a difficult issue to quantify.

Concerning a strategy for prevention or even a strategy for generating national statistics, I am sure you are all aware of the difficulty in our glorious country of being able to share information between provincial jurisdictions. In your studies, have you been given a sense that it would be possible to cross over those jurisdictional lines on an issue such as this because of the degree to which the sharing of this knowledge would be helpful in establishing the kind of national prevention programs that I think we all desire? Have you had any sense from the provinces that this sharing and openness would be difficult to attain or whether the issue itself commands consensus?

Si l'on considère le problème dans une perspective mondiale, lorsque le Dr Links a comparu, il a relaté l'expérience finlandaise, la plus longue jusqu'à maintenant. Au cours des 10 premières années, les responsables du programme finlandais ont réussi à réduire de 20 p. 100 leur taux global, lequel plafonne à l'heure actuelle à 10 p. 100.

D'après les données préliminaires provenant d'Angleterre, l'amorce d'une baisse semble se dessiner. On n'ose pas parler de tendance étant donné que ces données ne concernent que la première année d'application du programme. Évidemment, c'est ce que nous recherchons au bout du compte.

Le sénateur Fairbairn: C'est un problème difficile et troublant. Je ne sais pas ce qu'il en est de mes collègues, mais j'ai des amis qui ont vécu pareil drame dans leurs familles.

Je voudrais savoir dans quelle mesure on peut obtenir l'information sur laquelle fonder les statistiques. Dans quelle mesure aujourd'hui, au Canada, dissimule-t-on les suicides pour qu'ils ne figurent pas dans les statistiques?

Le Dr Turecki: C'est une question intéressante. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, le coroner peut voir le suicide de différentes façons. À ma connaissance, aucune étude n'a été faite sur la question de savoir si les différentes façons de comprendre le suicide peuvent modifier les taux. C'est l'une des suggestions que nous avons faites au colloque qui a été mentionné tout à l'heure. Il faudrait faire des études sur le processus qui amène les coroners à considérer un décès comme un suicide. De nombreux suicides sont considérés comme des décès de causes indéterminées. Quant à savoir s'ils auraient une incidence importante sur les taux de suicide, c'est une question intéressante, mais à ma connaissance, nous ne le savons pas précisément.

Le sénateur Fairbairn: Il y a aussi la question de la stigmatisation qui frappe les familles. Dans mes jeunes années, alors que j'étais journaliste, il existait un protocole accepté voulant qu'on passe sous silence, qu'on ne rapporte pas les décès qui étaient des suicides, ce qui, je crois, a changé ces dernières années.

Si je pose la question, c'est que dans le cas des jeunes, et particulièrement des jeunes de la communauté autochtone, on veut que le taux de suicide soit connu. Cependant, dans le cas d'autres personnes, on peut souhaiter qu'il soit tu. Finalement, c'est sans doute un problème difficile à quantifier.

Pour ce qui est d'une stratégie de prévention ou même d'une stratégie de production de statistiques nationales, je suis sûre que vous êtes tous au courant des difficultés que pose, dans notre merveilleux pays, le partage d'information entre les provinces. D'après votre expérience, avez-vous eu le sentiment qu'il était possible, dans ce dossier, de transcender les frontières des provinces étant donné que le partage de l'information serait éminemment utile pour mettre sur pied, à l'échelle nationale, les programmes de prévention que nous souhaitons tous? Vos contacts avec les responsables provinciaux vous permettent-ils de dire si ce partage et cette ouverture seraient difficiles à réaliser ou si cet enjeu commande, en soi, le consensus?

Ms. Yackel: There is a will to do something about this issue. Whether that will translate into what you are addressing in terms of practical difficulties concerning privacy of information, those difficulties would certainly have to be addressed in the early stages of consultation, discussion and development.

Other countries have information that we do not even possess on a national basis. I would use again the example of England, where they have targeted five groupings. One of those groupings is high-risk occupations, and they have set a specific target of three top occupational subgroups: agricultural workers, nurses and physicians. For our death statistics, we do not collect information on occupations at risk.

For your information, the other four groupings that the researchers look at are, first, people who have been in contact with the health care system, the mental health care system, currently or very recently; second, people who have attended some type of self-injurious or self-harm behaviour within the past year; third, young men; and fourth, prisoners. The fifth grouping that I mentioned are people who have an occupational risk.

Within each of those groupings, the researchers have a target of reducing the rate, which I believe stands around 9.2 compared to, say, Canada's rate of 13. Their target is to take that 9.2 and reduce it by 20 per cent over 10 years. Therefore, out of the 1,200 deaths that relate to people who are currently in contact with the mental health system, we want to reduce that number by 20 per cent; we want to reduce the 1,180 in the self-injurious death category by 20 per cent; we want to reduce the 1,300 deaths in the young men category by 20 per cent; and we want to reduce the 85 deaths in the prisoner category by 20 per cent. In a sense, the researchers are able to set micro goals because they know their groupings.

Dr. Turecki: Problems with regard to jurisdiction might appear if we were to do such a study. However, that could easily be overcome in the sense that suicide is usually seen as a priority everywhere.

We took the initiative of conducting a study based on the Finnish experience and looking at all suicide cases over a period of one year in the province of New Brunswick. We wanted to do something similar in Quebec, but it always comes down to a problem of lack of funds. That is the major problem we would have to face were we to do such an important study.

Over a period of one year, case managers in Finland, the people who actually work with the population on a daily basis, studied all suicides. They interviewed all of the families of suicide completers, which helped them to better understand the underpinnings and problems of suicide and helped them to identify issues such as major depression, which at the time was not

Mme Yackel: Il y a certes une volonté d'agir dans ce dossier. Quant à savoir si cette volonté permettra la résolution de difficultés pratiques liées à la confidentialité des renseignements personnels, il va de soi que ces difficultés devraient être réglées aux étapes initiales de la consultation, de la discussion et de l'élaboration.

D'autres pays disposent de renseignements que nous ne possédons même pas à l'échelle nationale. Je reprendrai encore une fois l'exemple de l'Angleterre, où l'on a ciblé cinq groupes. L'un de ces groupes englobe les professions à risque élevé. On a même ciblé spécifiquement les trois sous-groupes professionnels qui viennent en tête de liste: les travailleurs agricoles, les infirmières et les médecins. Dans nos statistiques sur les décès, nous ne recueillons pas de renseignements sur les professions à risque.

Pour votre information, les quatre autres groupes auxquels les chercheurs britanniques s'intéressent sont les suivants: premièrement, les personnes qui ont été récemment en contact avec le système des soins de santé, le système de santé mentale, ou qui le sont encore; deuxièmement, les personnes qui ont manifesté un comportement autodestructeur au cours de l'année précédente; troisièmement, les jeunes hommes; et quatrièmement, les détenus. Le cinquième groupe, comme je l'ai mentionné, englobe les personnes exerçant des professions à risque.

Pour chacun de ces groupes, les chercheurs se sont donnés pour mandat de réduire le taux de suicide qui, si je ne m'abuse, s'élève à 9,2 environ, comparativement à 13, pour le Canada. Ils souhaitent réduire de 20 p. 100 sur dix ans ce taux de 9,2. Par conséquent, on vise à diminuer de 20 p. 100 les 1 200 décès touchant les personnes qui sont actuellement en contact avec le système de santé mentale; à diminuer de 20 p. 100 les 1 180 décès dans la catégorie des comportements autodestructeurs; à diminuer de 20 p. 100 les 1 300 décès dans la catégorie des jeunes hommes; et diminuer de 20 p. 100 également les 85 décès dans la catégorie des détenus. En un sens, les chercheurs sont en mesure d'établir des objectifs micros parce qu'ils ont cerné ces groupes.

Le Dr Turecki: Des problèmes liés aux compétences des provinces pourraient survenir si nous voulions entreprendre une telle étude. Cependant, ils pourraient être facilement surmontés puisque le suicide est habituellement vu comme une priorité partout.

Nous avons pris l'initiative de mener une étude fondée sur l'expérience finlandaise. C'est ainsi que nous avons examiné tous les cas de suicide sur une période d'un an dans la province du Nouveau-Brunswick. Nous voulions faire la même chose au Québec, mais le problème est toujours le manque de fonds. Ce serait d'ailleurs le principal obstacle à la réalisation d'une étude d'une telle envergure.

Sur une période d'un an, les gestionnaires de cas finlandais, les personnes qui travaillent jour après jour auprès de la population, ont étudié tous les suicides. Ils ont interviewé toutes les familles dont un membre s'était suicidé, ce qui les a aidés à mieux comprendre les problèmes sous-jacents au suicide ainsi qu'à identifier des éléments déclencheurs, comme la dépression, qu'on

well understood as a major problem. Therefore, prescriptions for antidepressants decreased dramatically and suicide rates were reduced by 20 per cent over the following years.

Studies of that sort help the country as a whole understand who is at risk. If we were to do such a study, the problems we would face would be minimal compared to the potential benefits of such an initiative.

Senator Fairbairn: There is a problem that has been growing within my own province of Alberta. Would you care to comment on whether the availability of gambling opportunities to all of society has increased the concerns about suicide?

Ms. Yackel: I can only respond, somewhat subjectively, that I believe so. I would really be happy to determine if we have any studies related to the association of gambling and suicide. I know that is an area of interest. I do not recall off hand what we have done in that area, but I would be happy to get back to you.

The Deputy Chairman: Does gambling not fall within the ambit of addiction?

Dr. Turecki: Yes, that is correct.

The Deputy Chairman: Therefore, would it not be natural to assume that it would be a contributing factor?

Dr. Turecki: Pathological gambling is classified as part of the impulse control disorders, which brings us back to the importance of impulsivity in relation to suicide. We look at the association between pathological gambling and suicide as part of the same spectrum of problems that lead to suicide as a risk factor.

Senator Keon: My question is directed to Ms. Yackel, but I would like you all to comment on it. You are pleading for a national strategy for suicide prevention. You told us that 90 per cent of people who commit suicide have mental illness. Other people have told us that as well. Other people are pleading for a national strategy to deal with mental health, mental illness, addictions, substance abuse, criminality, and so on, all of which are associated with mental illness.

Last night we heard witnesses from Australia. They were able to develop a national strategy for mental illness about 14 years ago. Obviously, some good things have happened out of that initiative.

Could you develop a national strategy for suicide prevention within the structural framework of a national strategy for mental health? What would you do with the 10 per cent of people who do not fit into that category? Would it be better to have a national strategy for suicide prevention allied to a national strategy for mental health? Have you thought about that?

Ms. Yackel: I tend to think in pictures. Let me give you a very simple one.

ne percevait pas à l'époque comme un problème majeur. En conséquence, on a réduit radicalement les ordonnances pour les antidépresseurs et les taux de suicide ont baissé de 20 p. 100 au cours des années subséquentes.

Des études de ce genre aident les intervenants de tout le pays à comprendre qui est à risque. Advenant que nous entreprenions une telle étude, les problèmes que nous rencontrerions seraient mineurs comparativement aux bénéfices potentiels qu'on pourrait retirer de cette initiative.

Le sénateur Fairbairn: Il y a dans ma propre province, l'Alberta, un problème qui prend de l'ampleur. Pourriez-vous nous dire si l'accès facile qu'a l'ensemble de la société aux jeux de hasard aggrave les préoccupations concernant le suicide?

Mme Yackel: Je peux uniquement vous répondre, de façon plutôt subjective, que je le crois. Je vérifierai volontiers si nous avons des études sur le lien entre le jeu et le suicide. C'est un sujet d'intérêt. De mémoire, je ne peux vous dire ce que nous avons fait dans ce domaine, mais je vous communiquerai volontiers ce renseignement.

La vice-présidente: Le jeu ne fait-il pas partie du domaine de la toxicomanie?

Le Dr Turecki: C'est exact.

La vice-présidente: Par conséquent, ne serait-il pas naturel de supposer que c'est un facteur contributif?

Le Dr Turecki: Le jeu pathologique fait partie du trouble du contrôle des impulsions, qui nous ramène à l'importance de l'impulsivité en rapport avec le suicide. Nous considérons que l'association entre le jeu pathologique et le suicide s'inscrit dans l'ensemble des problèmes qui mènent au suicide, c'est-à-dire qui sont des facteurs de risques.

Le sénateur Keon: Ma question s'adresse à Mme Yackel, mais j'aimerais que vous la commentiez tous. Vous préconisez une stratégie nationale de prévention du suicide. Or, vous nous avez dit que 80 p. 100 des personnes qui se suicident souffrent de maladies mentales. D'autres nous ont dit la même chose. D'autres encore souhaitent que nous adoptions une stratégie nationale pour tout ce qui concerne la santé mentale, les troubles mentaux, les toxicomanies, l'abus d'alcool et d'autres drogues, la criminalité, et cetera, tous éléments qui sont associés à la maladie mentale.

Hier soir, nous avons entendu des témoins d'Australie. Il existe depuis 14 ans dans ce pays une stratégie nationale vouée à la maladie mentale. Il va de soi que cette initiative a engendré des succès.

Pourriez-vous élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide dans le cadre structurel d'une stratégie nationale pour la santé mentale? Que feriez-vous pour venir en aide aux 10 p. 100 qui n'entrent pas dans cette catégorie? Serait-il préférable d'avoir une stratégie nationale de prévention du suicide alliée à une stratégie nationale de la santé mentale? Avez-vous réfléchi à cela?

Mme Yackel: Je pense plutôt en images. Permettez-moi de vous en communiquer une, fort simple.

I look at the mental health and mental illness continuum like a big long freight train with many components and box cars. At the front, I would place the engine of a national mental health action plan, something to pull everything else. At the end of this long train, this continuum, is a caboose, not such a small one, but a caboose of suicide. In my analogy, a suicide prevention strategy would be like hooking up a second engine at the back of that train to give it the push it needs because the challenges of a broad mental health plan are so immense. The time that it will take to overcome that whole inertia, to make a commitment, to consult, to engage in development and to then implement the plan and determine whether there is an actual impact on the system gives me concern. That takes so much time.

I would hook up the suicide prevention engine at the back of the train for an extra boost. We are both on the same track; we will not derail. It is important that establish an integrated plan. Both England and Scotland have had suicide prevention strategies that have emerged out of their broad-based thinking on mental health.

On the other hand, we can look at Australia and New Zealand, where they started with a narrow focus; that is, a suicide prevention strategy for young people. Over time, they have had to draw back and make it more comprehensive. In view of the figures and what I perceive to be an urgency, that is my analogy.

Dr. Turecki: I have a slightly different opinion on that issue. I think that, yes, the strategy could be fully integrated. The way I see suicide is that it is a consequence of mental illness. I think that is 90 per cent of what we see. It is a methodological artifact. The way we study this issue is by doing retrospective interviews with family members. It often happens that people who commit suicide are isolated, so we do not necessarily have access to the information. These people probably make up the 10 per cent figure. We have done studies on this 10 per cent of people and have found that they also exhibit evidence of mental illness. However, we are unable to diagnose it.

Suicide is intertwined, intermingled, with mental health problems. If we were able to address mental health problems more fully, we would at the same time address the problems of suicide.

At the same time, we need to better understand the predisposition to suicide or better identifying who is at risk. Therefore, there must be an independent initiative, which could be within the mandate of an initiative on mental health, to address suicide separately from the rest of the mental disorders. The way I see it, suicide is a consequence of mental illness.

Je vois le continuum de la santé mentale et de la maladie mentale comme un long train de marchandises composé de nombreux wagons. En tête, je mettrais la locomotive que serait un plan d'action nationale pour la santé mentale, qui aurait un effet d'entraînement sur tout le reste. Au bout de ce long train, de ce continuum, se trouve le fourgon de queue, dont la taille n'est pas négligeable, et qui représente le suicide. Dans mon analogie, une stratégie de prévention du suicide serait comme attacher une deuxième locomotive à l'arrière de ce train pour lui donner une impulsion supplémentaire nécessaire étant donné que les défis d'un vaste plan de promotion de la santé mentale sont immenses. Le temps qu'il faudra pour secouer l'inertie, prendre un engagement, faire des consultations, élaborer un plan, le mettre en oeuvre et déterminer ensuite s'il a véritablement une incidence sur le système n'est pas sans m'inquiéter. Cela exige énormément de temps.

J'accrocherais la locomotive de la prévention du suicide à l'arrière du train pour obtenir une impulsion supplémentaire. Nous sommes tous deux sur la même voie; nous n'allons pas dérailler. Il est important d'établir un plan intégré. L'Angleterre et l'Écosse ont tous deux des stratégies de prévention du suicide qui ont vu le jour à la suite d'une vaste réflexion sur la santé mentale.

D'un autre côté, on peut s'inspirer de l'exemple de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, qui ont commencé avec un objectif restreint, soit une stratégie de prévention du suicide chez les jeunes. Au fil du temps, ils ont pris un certain recul et élargi leur perspective. Compte tenu des chiffres et du fait que je considère la situation urgente, voilà mon analogie.

Le Dr Turecki: J'ai une opinion légèrement différente à ce sujet. J'estime que la stratégie pourrait être pleinement intégrée. Pour moi, le suicide est une conséquence de la maladie mentale. C'est ce que nous constatons dans 90 p. 100 des cas. C'est une approche méthodologique. Nous étudions le suicide en faisant des entrevues rétrospectives avec les membres de la famille. Il arrive souvent que les personnes qui se suicident sont isolées, de sorte que nous n'avons pas nécessairement accès à l'information. Ces personnes entrent sans doute dans ce pourcentage de 10 p. 100. Pour ce qui est des personnes qui se trouvent dans cette catégorie des 10 p. 100 restants, nous avons constaté qu'elles manifestent aussi des troubles mentaux. Cependant, nous sommes dans l'impossibilité d'en faire le diagnostic.

Le suicide est inextricablement lié aux problèmes de santé mentale. Si nous pouvions faire une meilleure lutte aux troubles mentaux, nous attaquerions en même temps les problèmes menant au suicide.

Parallèlement, il nous faut mieux comprendre la prédisposition au suicide ou mieux identifier qui est à risque. Par conséquent, il faut lancer une initiative indépendante, qui pourrait relever du mandat d'une structure vouée à la promotion de la santé mentale, pour traiter séparément des autres troubles mentaux le problème du suicide. Dans mon optique, le suicide est une conséquence de la maladie mentale.

Senator Keon: How would you deal with the 10 per cent of people who are considered not to have mental illness? For example, physicians who commit suicide are never considered in my opinion, or usually not considered, to have any sort of mental illness. How would you deal with that segment of the population?

Dr. Turecki: It is a question of promoting programs. For instance, we know very well that out of the people who die by suicide only a small percentage of them had access to a health caregiver. If we look at the previous year before people commit suicide, studies show that only about 50 per cent had contact with a GP or with a health provider. Only 30 per cent had contact with a psychiatrist. If we look at the last month prior to death, the rates are even more amazing. Only one fifth or perhaps one eighth of them had contact with a psychiatrist and only 30 per cent with a GP. We do not have access to the people who are actually dying by suicide. We need treatment programs and awareness programs that disseminate information about available resources for those who are at risk of suicide.

Mr. Brière: Perhaps I could make a last comment on the stigma attached to suicide but also on mental illness in general.

People who need help often do not seek help because they are ashamed of what happens to them. If we can do something about the stigma attached to mental illness, you will have people bragging about it the way they do about heart disease, saying, "Well, I had a bypass." People will tell their friends about that, but many people will not talk about their mental illness problem. If we can do something about the stigma, it will help people talk about their mental health and it could help us assist people with suicide. A stigma is still attached.

Also, there is the issue of access to health services. It takes months to see a psychiatrist in Montreal, so access to health care for mental illness is also a problem. It could be better.

The Deputy Chairman: On behalf of all senators, I wish to thank the witnesses for being here today. For those who have been reading the testimony we have heard, the problem of stigma is front and centre in terms of getting to the centre of this horrific situation.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 22, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act; and Bill S-17, to amend the Citizenship Act, met this day at 11 a.m. to give consideration to the bills.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

Le sénateur Keon: Que feriez-vous pour les 10 p. 100 qui ne sont pas considérés comme souffrant de maladie mentale? Par exemple, les médecins qui se suicident ne sont pas habituellement réputés souffrir de quelque maladie mentale que ce soit. Que feriez-vous pour venir en aide à ce segment de la population?

Le Dr Turecki: C'est une question de promotion des programmes. Par exemple, nous savons fort bien que sur la totalité des personnes qui se suicident, seul un petit pourcentage a eu accès à un dispensateur de soins de santé. D'ailleurs, les études révèlent qu'au cours de l'année précédant leur suicide, 50 p. 100 seulement d'entre eux ont rencontré un omnipraticien ou un dispensateur de soins. Trente pour cent seulement ont vu un psychiatre. Pour le mois précédant leur décès, les taux sont encore plus troublants. Un cinquième ou peut-être un huitième seulement d'entre eux ont rencontré un psychiatre et 30 p. 100 seulement un omnipraticien. Nous n'avons pas accès aux personnes qui se suicident. Il nous faut mettre sur pied des programmes de sensibilisation et de traitement pour informer les gens au sujet des ressources disponibles pour ceux qui sont à risque.

M. Brière: J'aimerais faire un dernier commentaire sur la stigmatisation qui entoure le suicide, mais aussi la maladie mentale en général.

Bien souvent, les gens qui ont besoin d'aide ne vont pas en chercher car ils ont honte de ce qui leur arrive. Si l'on peut atténuer la stigmatisation liée à la maladie mentale, les gens se vanteront de s'en être sortis, tout comme les personnes atteintes de troubles cardiaques se vantent d'avoir subi avec succès un pontage. Ils n'hésitent pas à en parler à leurs amis, mais bien des gens cachent leur problème de santé mentale. Si nous pouvions faire voler en éclats ce tabou, les gens parleraient plus volontiers de leurs troubles mentaux et nous pourrions ainsi mieux aider les personnes qui risquent de se suicider. Il y a encore énormément de préjugés à cet égard.

En outre, il faut aborder le problème de l'accès aux services de santé. Il faut attendre des mois pour voir un psychiatre à Montréal. L'accès aux ressources médicales est un obstacle. Il pourrait être meilleur.

La vice-présidente: Au nom de tous les sénateurs, je remercie les témoins qui ont comparu devant nous aujourd'hui. Pour ceux qui ont lu les témoignages que nous avons entendus, le problème de la stigmatisation est au coeur de cette horrible situation.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 22 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel ont été renvoyés le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, et le projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, se réunit aujourd'hui à 11 heures pour en faire l'examen.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[English]

The Deputy Chairman: We have two panels today dealing with two different pieces of legislation. The first is Bill C-24, an act to amend the Parliament of Canada Act, medical and dental benefits. Of course, we have had hearings on that bill before. The second bill that we are going to deal with today is Bill S-17, an act to amend the Citizenship Act, and this is the first day we will have heard witnesses on that bill.

We will start with Bill C-24. We have two witnesses this morning from Mercer Human Resources Consulting, Bernard Potvin, principal of that firm, and from the Canadian Taxpayers Federation, Mr. Bruce Winchester, who is a research director. Welcome gentlemen and thank you very much for agreeing to appear before us as witnesses.

We will start with Mr. Potvin.

[Translation]

Mr. Bernard Potvin, Senior Consultant, Mercer Human Resource Consulting: Thank you for inviting me to appear before your committee this morning. I will begin by making a few preliminary remarks.

Mercer Human Resource Consulting is a large national consulting firm in the area of human resources, including pension and benefits consulting. Our clients include a mix of private and public sector employers as well as not-for-profit organizations.

I have been with the firm for 16 years. I am an actuary specializing in the design and pricing of employee benefit programs. I would like to share with you some statistics that could interest the committee and make a few general comments as well.

Each year, we conduct a policies and practices survey of employers. Based on our 2003 survey, 53 per cent of employers in Canada provide post-retirement health care coverage to their retirees.

The first comment I want to make is that about half of employers provide no post-retirement health care coverage to retirees, who must then rely on personal savings and provincial health care coverage. In that respect, the MPs' plan is more generous than the plans available to many Canadians.

In both the public and private sectors, the majority of plans require retirement with an immediate pension for medical coverage entitlement. The vast majority of private insurance plans work this way. One exception is the federal public service plan, but in the majority of instances, an employee must retire with an immediate pension for entitlement to health care benefits.

[Traduction]

La vice-présidente: Nous recevons aujourd'hui deux groupes pour examiner deux projets de loi différents. Le premier est le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, qui porte sur l'admissibilité aux régimes de soins de santé et de soins dentaires. Bien entendu, nous avons déjà tenu deux séances sur cette mesure législative. Nous aborderons ensuite le projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. C'est la première séance au cours de laquelle nous entendrons des témoins sur cette mesure législative.

Nous commencerons par le projet de loi C-24. Deux témoins comparaissent ce matin. Il s'agit de Bernard Potvin, conseiller principal de Mercer Human Resources Consulting, et de Bruce Winchester, directeur de la recherche de la Fédération canadienne des contribuables. Messieurs, nous vous souhaitons la bienvenue et vous remercions infiniment d'avoir accepté de comparaître devant nous.

Nous commencerons par M. Potvin.

[Français]

M. Bernard Potvin, conseiller principal, Mercer consultation en ressources humaines: Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant votre comité, ce matin. J'aimerais tout d'abord faire quelques remarques préliminaires.

Notre firme est une firme de consultation nationale dans le domaine des ressources humaines, incluant des régimes de retraite et des avantages sociaux. Nos clients sont essentiellement des clients de tout genre, que ce soit du secteur privé ou public, et même des organismes à but non lucratif.

Je suis avec Mercer depuis 16 ans. Je suis actuaire et je me spécialise dans le financement et le design de régimes d'avantages sociaux. Nous avons quelques statistiques qui pourraient être intéressantes pour le comité. J'ai également quelques commentaires généraux à faire.

Chaque année, nous faisons un sondage des politiques et des pratiques des employeurs. En 2003, selon notre sondage, environ 53 p. 100 des employeurs au Canada fournissaient des régimes d'assurance médicale après retraite à leurs employés.

Mon premier commentaire est à l'effet qu'environ la moitié des employeurs qui ne fournissent pas de régime d'assurance médicale après la retraite. Ces retraités doivent donc dépendre de leurs épargnes personnelles et de la couverture disponible des provinces pour pouvoir subvenir à leurs besoins médicaux. À ce point de vue, le régime des employés du Parlement est plus généreux que ce qui est disponible pour plusieurs Canadiens.

Dans le secteur public autant que dans le secteur privé, la majorité des régimes requièrent que l'on quitte son emploi ou que l'on prenne sa retraite avec une rente immédiate afin d'être admissible au régime d'assurance médicale. La grande majorité des régimes d'assurance privés fonctionnent de cette façon. Le régime de la fonction publique fait exception, mais en grande majorité, l'on doit prendre notre retraite avec une rente immédiate pour avoir droit au régime d'assurance médicale.

For example, if a person works for a company for 20 years, retires at age 50 or 55 and immediately begins to draw a pension, that person will not be entitled to the health care coverage provided by his former employer.

While the aforementioned employee would lose entitlement to retiree medical coverage from the age of 50 and thereafter, under the MPs pension plan, entitlement to health care benefits is not lost. At age 55, they are eligible for PSHCP coverage. In that respect, the MPs plan is probably more generous than the majority of plans, whether public or private.

Essentially, these were the comments I wished to make. I can appreciate that the case that led to this situation may be somewhat unique, from a legislative standpoint. Generally speaking, in both the private and public sectors, it is often possible to make an exception when there are special circumstances that warrant a person's entitlement to benefits, instead of bringing in a general amendment.

[English]

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Potvin. It is important that we have an opinion from an actuary and I think you very clearly clarified some of the questions we had from our last set of witnesses.

I will now turn to Mr. Bruce Winchester from the Canadian Taxpayers Federation, and I thank you as well for appearing today, Mr. Winchester.

Mr. Bruce Winchester, Research Director, Canadian Taxpayers Federation: The Canadian Taxpayers Federation is pleased to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology to speak to Bill C-24.

[Translation]

I will be making my presentation in English, but if you have any questions, I will be happy to answer them in either English or French.

[English]

Though taxpayers share the instinct of compassion for public servants and parliamentarians who may require extended health and long-term disability insurance, in the specific case of member compensation outlined in Bill C-24, we have strong reservations.

Let me begin my remarks by giving honourable senators a précis of the Canadian Taxpayers Federation, CTF. Founded in 1990 in Western Canada, the CTF has grown to 65,000 members nationally. Our mandate is to advocate for

Par exemple, si quelqu'un a travaillé pendant 20 ans dans une entreprise, qu'il prend sa retraite à 50 ans ou à 55 ans, et qu'il commence à recevoir une pension de retraite, en règle générale, cette personne ne sera pas admissible à un régime médical de son ancien employeur.

Encore une fois, à ce niveau, le régime des employés du Parlement, bien qu'il n'y ait pas, dans cet exemple, de couverture qui soit fournie dès l'âge de 50 ou 55 ans, au moins, l'admissibilité n'est pas perdue au régime d'assurance médicale: lorsque l'on arrive à l'âge de 55 ans, on est admissible au régime d'assurance médicale de la fonction publique. À ce point de vue, le régime des employés du Parlement est probablement plus généreux que ce qui est la norme pour les autres employeurs, tant aux niveaux public que privé.

Essentiellement, c'était les commentaires que je voulais faire. Je comprends que le cas qui a amené cette situation est peut-être un cas particulier de la loi. En règle générale, dans le domaine privé et même dans le domaine public, il y a souvent moyen de faire exception lorsque des circonstances particulières font qu'une personne devrait bénéficier d'une couverture plutôt que de modifier la règle de façon générale.

[Traduction]

La vice-présidente: Je vous remercie infiniment, monsieur Potvin. Il est important que nous ayons l'opinion d'un actuaire, et je pense que vous avez très bien précisé certaines questions qu'avait soulevées notre dernier groupe de témoins.

Je cède maintenant la parole à M. Bruce Winchester de la Fédération canadienne des contribuables. Nous vous remercions aussi d'avoir accepté de comparaître aujourd'hui, monsieur Winchester.

M. Bruce Winchester, directeur de recherche, Fédération canadienne des contribuables: La Fédération canadienne des contribuables est heureuse de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, qui étudie le projet de loi C-24.

[Français]

Ma présentation sera en anglais, mais si vous avez des questions, j'y répondrai dans la langue de votre choix.

[Traduction]

Même si les contribuables sont compatissants envers les fonctionnaires et les parlementaires qui ont peut-être besoin d'une protection complémentaire en matière de soins de santé et d'assurance-invalidité de longue durée, ce qu'accorde le projet de loi C-24 suscite de sérieuses réserves de note part.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je souhaiterais présenter aux honorables sénateurs un aperçu de la Fédération canadienne des contribuables, la FCC. Fondée en 1990 dans l'ouest du Canada, la FCC compte maintenant 65 000 membres au Canada. Notre

lower taxes, less waste and accountable government. I am appearing today on behalf of taxpayers for those three reasons.

Taxpayers object to the bill on three grounds: for reasons of process; for reasons of the potential cost to taxpayers; and for reasons of fairness for all taxpayers.

In terms of the process, Bill C-24 passed through the House of Commons in near record time, and without any announcements or public fanfare. Presumably, the Commons house leaders felt the issue was of such great importance that it was better kept out of sight and out of the minds of voters. Fortunately, you honourable senators have chosen to give this legislation the sober second thought it requires.

In the past, an independent committee deliberated upon questions of member compensation. However, with the Lumley commission on member compensation, in its report delivered in 2001, this process was eliminated in favour of tying members' compensation to judicial salaries. Despite the good work of the Lumley commission, questions of real member pension reform were left out of the commission's final report. So, too, was any mention of reforms to member benefits such as supplementary health insurance and long-term disability benefits. When the CTF presented to the Lumley commission, we outlined the need to move away from the current pension and benefit regime to one solely based on a registered retirement savings plan, RRSP.

If there was any oversight at the time of the Lumley report, it was retaining the current member pension and benefit regime. Taxpayer recommendations for reforming member pension were straightforward in proposing a RRSP regime. With respect to additional benefits, the CTF does not favour matching parliamentarians with senior public servants. Unlike a lifelong career as a professional public servant, parliamentarians have both the privilege and the duty to serve at the pleasure of the electorate. That, by definition, implies something quite different from the commitment made by career public servants. A parliamentarian's time horizon is much shorter — at least it should be — and although supplementary benefits may be part of the job while serving, they should not be extended beyond that time. Moreover, it is obvious that however compensation for politicians is set, it should be in line with the public's expectation. That may require a level less than what elected officials want or believe they deserve.

In terms of the cost to taxpayers, many will argue that small change carries little in terms of cost. That may be so at the outset but often what was once thought to be a small cost when first proposed can balloon over time and become a big cost.

mandat consiste à préconiser une diminution des impôts et du gaspillage ainsi que la reddition des comptes par le gouvernement. Je comparais aujourd'hui au nom des contribuables pour trois raisons.

Voici quelles sont les trois raisons pour lesquelles les contribuables s'opposent au projet de loi: premièrement, la façon dont le projet de loi a été adopté; deuxièmement, le coût éventuel pour les contribuables; troisièmement, le souci d'équité envers tous les contribuables.

Abordons la première raison: la Chambre des communes a adopté le projet de loi C-24 presque en un temps record et sans aucune annonce publique. Je suppose que les leaders à la Chambre étaient d'avis que la question revêtait une telle importance qu'il était préférable de la dissimuler et de la faire oublier aux électeurs. Heureusement, vous, les honorables sénateurs, avez choisi d'effectuer le second examen objectif nécessaire.

Un groupe indépendant s'est déjà penché sur la question de la rémunération des députés. Cependant, la commission Lumley sur la rémunération des députés a recommandé, dans son rapport de 2001, de remplacer le système de rémunération des députés par un régime analogue à celui établi pour les juges. Malgré le bon travail qu'elle a accompli, la commission Lumley n'a pas abordé certains aspects de la réforme de la rémunération véritable des députés dans son rapport final, ni la réforme des avantages sociaux comme l'assurance-invalidité de longue durée et l'assurance-maladie complémentaires. Lorsqu'elle s'est présentée devant la commission Lumley, la FCC a souligné qu'il fallait abandonner le régime actuel de pension et d'avantages sociaux pour mettre en oeuvre un système fondé uniquement sur le modèle du régime enregistré d'épargne-retraite, le REER.

S'il y avait une lacune dans le rapport de la commission Lumley, ce fût de recommander le maintien du régime actuel de pension et d'avantages sociaux. En proposant un système fondé sur le modèle du REER, nous avons formulé une recommandation simple pour modifier le régime de pension des députés. En ce qui concerne les avantages sociaux complémentaires, nous ne sommes pas en faveur d'accorder aux parlementaires un régime analogue à celui des cadres supérieurs de la fonction publique. Contrairement aux fonctionnaires de carrière, les parlementaires ont à la fois le privilège et le devoir de demander aux électeurs de les réélire, ce qui implique une différence notable par rapport aux fonctionnaires de carrière. L'horizon prévisionnel d'un parlementaire est beaucoup moins long — du moins, il devrait l'être — et, même si des avantages sociaux complémentaires peuvent être accordés aux députés, ceux-ci ne devraient plus y avoir droit après leur mandat. De plus, quel que soit le niveau de rémunération établi pour les parlementaires, il est évident qu'il devrait correspondre aux attentes du public. Donc, il faut peut-être fixer un niveau inférieur à celui que les élus souhaitent ou croient mériter.

En ce qui concerne le coût que devraient assumer les contribuables, beaucoup feront valoir que cette modeste modification est peu coûteuse. Ce sera peut-être le cas au début, mais il arrive souvent que ce qu'on croyait être peu coûteux au

Regardless of the particulars of who pays what premium, new benefits or extended benefits to parliamentarians add to the cost of running Parliament and to the government's overall non-funded liabilities.

According to the Estimates for 2004-2005, Parliament will cost \$451 million. That is up 41 per cent over the last 10 years — 31 per cent higher than the overall increase in government spending. Part of the increased cost has come from meeting rising compensation, pension and benefit requirements for parliamentarians.

Contrary to the thinking in much of Ottawa, taxpayers are concerned with the costs of conferring benefits on public servants who seek public office and receive a salary, which, at \$141,000 per year is more than two times the average household income. In terms of the taxpaying public, earners with incomes of greater than \$100,000 represent less than 3 per cent of all taxpayers. Certainly, parliamentarians are in an elite income group and taxpayers wonder why another benefit is required for them.

Much of the discussion of fairness raised by Minister Saada, when he appeared before this committee, focused on the narrow concept of fairness for 406 parliamentarians vis à vis public servants. For the remaining 32 million Canadians, fairness is a much broader concept.

Members may complain that they are not properly compensated for their hard work. They seem to have forgotten that holding public office is not meant to be lucrative; no one is forced to run for office and elected public service is, in part, intended to be its own reward. It is certainly not intended to vault the "people's servants" into highest income echelons or guarantee them an assortment of special benefits.

The majority of Canadians do not enjoy the supplementary insurance benefits proposed in Bill C-24. Only 46 per cent of workers in Canada have access to a registered pension plan and only one-half have access to employer-sponsored extended dental, medical, life or disability insurance. These statistics do not capture the extent of the coverage or their value. In respect of retirement savings plans, simplifying compensation and benefits remains a key outstanding recommendation that would ensure fairness.

The fundamental problem with any employer-sponsored benefit is that limited or no opportunity exists to retain the benefits when one changes jobs. This is particularly problematic for insurance benefits. Being part of an employer's pool can deliver substantial premium savings and exiting that pool by leaving the job also requires one to re-qualify for insurance coverage. The freedom of today's work life allows many to take on new jobs, change careers and have a rich work life. However, for some, supplementary benefits can become a trap — good benefits are often lost with job changes. In every case, individuals

début puisse devenir fort coûteux au fil du temps. Peu importe qui paye les cotisations, un nouveau régime ou un régime complémentaire d'avantages sociaux fait augmenter le coût de fonctionnement du Parlement et la part non capitalisée assumée par le gouvernement.

Selon le Budget principal des dépenses de 2004-2005, les dépenses du Parlement s'établiront à 451 millions de dollars. C'est une augmentation de 41 p. 100 en 10 ans. C'est 31 p. 100 plus élevé que la hausse générale des dépenses publiques. Une partie de l'augmentation des coûts est imputable à l'augmentation de la rémunération ainsi qu'à la bonification du régime de pension et d'avantages sociaux des parlementaires.

Contrairement à ce que pensent la majorité à Ottawa, les contribuables se soucient des coûts qu'il faudra engager pour accorder ces avantages à des élus qui reçoivent un salaire qui, à 141 000 \$ par année, est plus de deux fois supérieur au revenu moyen d'un ménage. Les personnes gagnant plus de 100 000 \$ représentent moins de 3 p. 100 de tous les contribuables. Les parlementaires font certes partie de la catégorie qui touche un revenu élevé, et les contribuables se demandent pourquoi ils ont besoin d'avantages sociaux complémentaires.

Lorsqu'il a comparu devant le comité, M. Saada a tenu, sur l'équité, des propos qui mettaient l'accent généralement sur le concept étroit d'équité à l'endroit de 406 parlementaires par rapport aux fonctionnaires. Pour les autres, c'est-à-dire 32 millions de Canadiens, l'équité comporte un concept beaucoup plus vaste.

Les députés peuvent se plaindre que leur dur labeur n'est pas rémunéré correctement. Ils semblent avoir oublié qu'une charge publique n'est pas censée être lucrative, car personne n'est tenu de se porter candidat et une carrière publique constitue partiellement une récompense. Elle ne doit certes pas permettre d'accorder à ces «représentants du peuple» des revenus très élevés ou une gamme d'avantages sociaux particuliers.

La majorité des Canadiens n'ont pas droit aux régimes d'assurance complémentaire proposés dans le projet de loi C-24. Seulement 46 p. 100 des travailleurs canadiens disposent d'un régime enregistré de pension et seulement la moitié jouissent de régimes complémentaires offerts par l'employeur, qu'il s'agisse de soins dentaires, de soins de santé, d'assurance-vie ou d'assurance-invalidité. Ces statistiques ne tiennent pas compte de la portée ni de la valeur de cette protection. En ce qui concerne les régimes d'épargne-retraite, simplifier le régime de rémunération et d'avantages sociaux demeure une des principales recommandations qui garantirait l'équité.

Tout régime d'avantages sociaux offert par l'employeur comporte le problème fondamental de mettre fin à l'admissibilité ou de la restreindre à la fin de l'emploi. Cela pose particulièrement un problème en ce qui concerne les régimes d'assurance. Dans de tels régimes, l'employé économise beaucoup sur les cotisations. Lorsqu'il quitte son emploi, il doit rétablir son admissibilité aux fins de l'assurance. La liberté que procure le marché du travail d'aujourd'hui permet à beaucoup d'entre nous de changer d'emplois et de mener une carrière professionnelle enrichissante. Cependant, le régime d'avantages sociaux

can and should make the decision to purchase their own coverage. There is not much the government can do to fill potential gaps resulting from insurance and underwriting rules; the buck stops with the decision to forego or purchase long-term disability and any other form of insurance. Bill C-24 does not create options for Canadian workers.

The clear need for health and extended coverage points to the fundamental failure of Canada's multi-tier health system. We have all the disadvantages of a single-tier health system: no choice, limited insurance options, no pre-funding vehicles, and low care and income replacement standards. Canadians do not have the advantage of fully funded first-class health care because, on the other side of the ledger, there are substantial and growing gaps in public health coverage. For many Canadians, supplementary health benefits are part of the solution, but even these fall short of offering true remedies to declining health coverage. These are real concerns for Canadians, but one can appreciate the specific concern of members who fear being confronted with these realities upon leaving politics. However, Bill C-24 does nothing to advance the lot of all Canadians with respect to freeing up new options, and delivering and funding health care.

How can MPs say to Canadians that the health care system is adequate and then deny them the right to spend after-tax dollars on additional health coverage, while concluding that they need additional health coverage at an earlier age?

In the end, taxpayers have good reason to be cynical. The Romanow report took 18 months and produced no meaningful changes in health care. The Kirby Senate committee spent more than two years studying and reporting on health care with few of their good recommendations enacted. In less than 20 minutes, parliamentarians voted themselves an extension of their generous health and disability insurance and then had the gall to wrap themselves in the language of fairness.

It is not fair that privileges for parliamentarians take precedence while Canadians must wait for innovative policies such as medical savings accounts, pre-funding of health care or mandatory retirement savings plans. These ideas do not appear on the radar screens of parliamentarians, and they should.

There is a simpler solution to this problem. Certainly, parliamentarians should do as the rest of us do and choose to purchase their own supplementary health coverage and disability insurance.

complémentaires constitue un problème pour certains, car lorsqu'on change d'emploi, on perd souvent la protection d'un régime avantageux. La personne peut et devrait toujours avoir le choix de souscrire une assurance. Le gouvernement ne peut pas faire grand-chose pour combler l'écart éventuel entre la couverture offerte par l'assurance et les règles de souscription. Il faut choisir entre annuler ou acheter une assurance-invalidité de longue durée ou toute autre forme d'assurance. Le projet de loi C-24 n'offre pas d'options aux travailleurs canadiens.

L'évidente nécessité d'avoir une assurance-maladie et une protection complémentaire font ressortir l'échec fondamental du système de soins de santé à niveaux multiples. Nous subissons tous les désavantages d'un système à un seul niveau: absence de choix, restriction des options en matière d'assurance, absence de mécanisme de préfinancement et relâchement des normes en matière de soins de santé et de remplacement du revenu. Les Canadiens n'ont pas l'avantage d'avoir un système de soins de santé de première classe fondé sur la capitalisation parce qu'il y a d'autre part des écarts importants qui se creusent au chapitre des soins de santé publics. Pour de nombreux Canadiens, l'assurance-maladie complémentaire constitue une partie de la solution, mais elle ne permet pas d'offrir une véritable solution à la diminution de la protection universelle. Ces questions préoccupent réellement les Canadiens. Toutefois, nous pouvons comprendre que les députés craignent d'être confrontés à une telle réalité après leur carrière dans la vie politique. Cependant, le projet de loi C-24 ne permet nullement d'améliorer le sort de tous les Canadiens, lorsqu'il s'agit d'accorder de nouvelles options, d'offrir des soins de santé et de les financer.

Comment les députés peuvent-ils dire aux Canadiens que le système de soins de santé est adéquat pour ensuite leur refuser le droit d'utiliser leur revenu après impôts pour acheter une assurance-maladie complémentaire tout en concluant qu'ils en ont besoin à un plus jeune âge?

Au fond, les contribuables ont de bonnes raisons d'être cyniques. Le rapport Romanow a nécessité 18 mois et n'a débouché sur aucune modification pertinente du système de soins de santé. Le comité sénatorial Kirby a consacré plus de deux ans à étudier le système de soins de santé et à rédiger un rapport, alors que peu de ses recommandations valables ont été mises en oeuvre. En moins de 20 minutes, les députés ont adopté une assurance-maladie et une assurance-invalidité généreuses pour ensuite avoir le culot de parler d'équité.

Il est injuste d'accorder la priorité aux privilèges des parlementaires pendant que les Canadiens attendent que soient mises en oeuvre des mesures novatrices comme des comptes d'épargne-santé, le préfinancement des soins de santé ou la création de régimes d'épargne-retraite obligatoires. Ces mesures ne semblent pas être envisagées par les parlementaires, mais elles le devraient.

La solution à ce problème est plus simple. Comme le reste d'entre nous, les parlementaires devraient pouvoir souscrire une assurance-invalidité et une assurance-maladie complémentaires.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Winchester, for presenting very clear views of the Canadian Taxpayers Federation. From previous testimony, you know that many of us are troubled by the way that this was rushed through the House of Commons.

I have one question for clarification. Mr. Potvin, you said that when about half of Canadians retire, unless they access their retirement benefits immediately, they lose their health benefits. If they wait until they are 55 and then exercise retirement benefits, they are not eligible to get them back, whereas members of Parliament are eligible. Is that correct?

Mr. Potvin: I should clarify that. I was talking about access to private plans. Generally speaking, under the terms of the vast majority of private plans, you need to retire from employment with an immediate pension in order to keep your entitlement to the benefits of the employer-sponsored plan. If you leave your employment at 50 but do not access your pension until the age of 55, you will not have the benefits of the employer-sponsored plan.

The Deputy Chairman: I have one more question. It is known that this legislation was put together and passed with one particular Member of Parliament in mind. Members of Parliament are eligible for long-term disability. Mr. Potvin, you said that individual cases should be treated as one-off. At the time, I asked whether it would have been improper for this particular MP to draw on the long-term disability because the individual is still a full-time MP? Would that not have been one way to deal with this case without introducing legislation? Would that not have been financially beneficial?

Mr. Potvin: That is a good question. My understanding is that a Member of Parliament would have access to a disability pension. I am not familiar with the specifics of the particular case to which we are referring. The only reason I can think of for handling it that way is that the person's disability may not qualify under the terms of the disability plan. Otherwise, yes, it would have been beneficial to apply for the disability benefit, if the condition were severe enough. At the same time, in addition to the disability income, the individual would remain qualified for medical protection.

The Deputy Chairman: Do you have any comments, Mr. Winchester?

Mr. Winchester: I am surprised that approach was not exercised. There may be another case of a member who will also be in that same position and may claim long-term disability for different reasons. However, I would assume that in this specific case the individual does not qualify yet but knows that — if it is the individual I am thinking of — the disease in question, or the disability in question, will become progressive and will later qualify to get coverage. That may be the problem.

However, I would return to our remarks that the individual should then consider running again or whatever. This individual must make a personal choice about what she or he needs to do in life.

La vice-présidente: Merci, monsieur Winchester de nous avoir transmis très clairement les opinions de la Fédération canadienne des contribuables. Les témoignages précédents vous auront appris que bon nombre d'entre nous sont inquiets de la façon rapide dont le projet de loi a été adopté à la Chambre des communes.

Je souhaiterais obtenir une précision. Monsieur Potvin, vous avez dit que, à la retraite, environ la moitié des Canadiens n'ont plus droit aux prestations de maladie à moins de toucher immédiatement leurs prestations de retraite. S'ils attendent d'avoir 55 ans pour les toucher, ils n'ont plus droit aux prestations de maladie, contrairement aux députés. Est-ce ce que vous avez dit?

M. Potvin: Une précision s'impose. Je parlais des régimes privés. En règle générale, la vaste majorité des régimes privés exigent que vous preniez votre retraite et touchiez immédiatement votre pension pour avoir toujours droit aux prestations du régime offert par l'employeur. Si vous quittez votre emploi à 50 ans et attendez d'avoir 55 ans pour recevoir votre pension, vous n'aurez pas droit aux prestations du régime offert par l'employeur.

La vice-présidente: J'ai une autre question. On sait que la mesure législative a été rédigée et adoptée en fonction d'un député particulier. Les députés sont admissibles aux prestations d'invalidité de longue durée. Monsieur Potvin, vous avez dit que chaque cas devrait être traité au cas par cas. J'ai alors demandé s'il était pertinent que ce député demande des prestations d'invalidité de longue durée parce qu'il était encore député à temps plein. Cette solution n'aurait-elle pas permis de traiter ce cas sans devoir présenter un projet de loi? Cette situation n'aurait-elle pas été avantageuse sur le plan financier?

M. Potvin: C'est une bonne question. Je crois comprendre qu'un député aurait droit à une pension d'invalidité. Je ne suis pas au courant des particularités du cas auquel vous faites allusion. La seule raison qui me vient à l'esprit pour justifier un tel traitement, c'est que l'invalidité de cette personne n'est peut-être pas protégée par un régime d'assurance-invalidité. Sinon, je dirais qu'il serait avantageux de demander une prestation d'invalidité, si l'état de santé était grave. Parallèlement, cette personne toucherait une prestation d'invalidité tout en conservant la protection de l'assurance-maladie.

La vice-présidente: Avez-vous des observations, monsieur Winchester?

M. Winchester: Je suis surpris qu'une telle solution n'ait pas été utilisée. Il y aura peut-être un autre député qui se retrouvera dans la même position et qui pourra demander des prestations d'invalidité de longue durée pour des raisons différentes. Cependant, je dirais que, dans le cas présent, la personne n'est pas encore admissible, mais qu'elle sait — si c'est celle à laquelle je pense — que la maladie ou l'invalidité progressera et qu'elle sera ultérieurement admissible à la protection de l'assurance. C'est peut-être le problème.

Toutefois, je dirais encore une fois que la personne devrait alors envisager de se présenter de nouveau aux élections. C'est à elle qu'il revient de faire un choix personnel.

Senator Keon: Mr. Winchester, I got the idea that you are not supportive of this bill. The question came up before and I thought you were going to address it but you did not, quite. If this bill were passed would it not escalate into the entire public service? I would like your opinion on that.

Mr. Winchester: I will not prejudice the negotiations and machinations that may come after if the bill is passed but it does certainly open up that thin edge of the wedge and might allow for wider benefits for public servants. If that were to happen, we would raise even stronger objections. As I said, this is one case and does not seem it will be awfully expensive but that is how you get to \$1 billion at the end of a period of time.

Senator Keon: Would you care to comment, Mr. Potvin?

Mr. Potvin: I also agree that it would create a precedent. In the public service right now, an employee could retire at age 50 and choose not to receive a pension until he or she is 55 or 60. If, for a member of Parliament, we argue that while they are not in the receipt of a pension they should have medical coverage, certainly that could create a precedent to have the same argument for public servants.

Senator Cook: I need clarification of this issue. Let us say that I, as a parliamentarian, have been diagnosed with chronic illness. Looking to the future when I am no longer a parliamentarian, no longer able to run for elected office, what would be my options at that point when I need to make a decision to purchase insurance? Would I be eligible, knowing that I have an illness?

Mr. Winchester: I have not read the particulars of what kind of coverage parliamentarians have and when. Presumably, if one had a chronic illness one could opt to claim long-term disability and then cease to be a parliamentarian at some point. However, in terms of purchasing your own insurance after learning that you have some kind of chronic illness, you would be faced with a very difficult problem but that is no different from the problem that all Canadians face when they find out — often too late — that they may have a certain disease or may be vulnerable to a certain disability. The insurance industry is unequivocal in saying everyone should buy critical illness and long-term disability insurance that is their own that they take with them wherever they go.

We know that already exists. However, from a public policy perspective, members, senators and members of the House of Commons ought to be proposing other vehicles that allow people other options. It is all well and good if your employer provides you with that benefit — in fact, you are quite lucky if you get that. However, you also have to take responsibility for yourself, your family, and your own long-term financial planning. If public policy and the government do not give you options to save for, for

Le sénateur Keon: Monsieur Winchester, j'ai l'impression que vous n'appuyez pas ce projet de loi. La question a été posée plus tôt et je croyais que vous alliez y répondre, mais vous ne l'avez pas vraiment fait. Si ce projet de loi était adopté, ne finirait-il pas par viser l'ensemble de la fonction publique? J'aimerais avoir votre avis à ce sujet.

M. Winchester: Je ne veux pas préjuger des négociations ni des intrigues qui pourraient se produire une fois le projet de loi adopté, mais il ouvre certainement la porte à des prestations plus vastes au bénéfice des fonctionnaires. Si cela devait arriver, nous nous opposerions encore davantage au projet de loi. Comme je l'ai dit, il s'agit d'un seul cas qui ne semble pas être extrêmement coûteux, mais c'est comme ça que les choses commencent et qu'on peut, au bout d'un certain laps de temps, arriver à un milliard de dollars.

Le sénateur Keon: Avez-vous quelque chose à dire, monsieur Potvin?

M. Potvin: Je conviens également que cela créerait un précédent. Actuellement, dans la fonction publique, un employé peut prendre sa retraite à l'âge de 50 ans et choisir de ne pas recevoir de pension de retraite avant l'âge de 55 ou 60 ans. Dans le cas d'un député, le fait de prétendre qu'il doit avoir droit à une couverture médicale même s'il ne reçoit pas de pension de retraite pourrait certainement créer un précédent pour les fonctionnaires.

Le sénateur Cook: J'ai besoin de précisions à cet égard. Disons par exemple qu'au cours de mon mandat de parlementaire, mon médecin me dise que je souffre d'une maladie chronique. Si je me tourne vers l'avenir, que je ne serai plus parlementaire, que je ne pourrai plus me présenter à des élections, quelles seraient mes options au moment même où je devrais décider d'acheter une d'assurance? Serais-je admissible, sachant bien que j'ai une maladie?

M. Winchester: Je ne connais pas les détails du genre de couverture dont bénéficient les parlementaires ni du moment où elle s'applique. J'imagine qu'en cas de maladie chronique, on pourrait faire une demande de prestations d'invalidité à long terme et, à un moment donné cesser d'être parlementaire. Toutefois, pour ce qui est de l'achat de votre propre assurance, une fois que vous avez appris que vous avez un genre de maladie chronique, vous allez être confronté à un problème fort difficile, mais qui n'est pas différent de celui que connaissent tous les Canadiens lorsqu'ils s'aperçoivent — souvent trop tard — qu'ils ont peut-être une maladie donnée ou qu'ils courent le risque d'un certain handicap. L'industrie de l'assurance est très claire: tout le monde devrait acheter une assurance pour maladies graves ou pour invalidité à long terme; c'est la responsabilité de tout un chacun.

Nous savons que cela existe déjà. Toutefois, dans une perspective de politique générale, les sénateurs et les députés devraient proposer d'autres moyens offrant aux gens d'autres options. Tout va bien si votre employeur vous offre cette prestation — en fait, vous avez beaucoup de chance en pareil cas. Toutefois, vous devez également assumer cette responsabilité pour vous-même, pour votre famille et pour votre propre planification financière à long terme. Si la politique générale et

instance, medical problems or medical expenses later in life, then we as a society are letting those people down. We are not providing that. We have RRSPs, but we do not have medical savings accounts and we have limited supplementary insurance and health insurance options. There has not a lot been done to change that, partly because the Canada Health Act is a straight jacket on that.

Senator Cook: I understand that you are saying no, that my options at that point in time are not there for me to purchase. I have to purchase when I am in reasonably good health and there is nothing wrong. I know from my own personal experience that when my husband died and I had no income or no group insurance, I just went out and purchased a package at that point in time. My question was whether there is an option to purchase supplementary insurance at the point of entry when you know you have a chronic illness. I take it that that is not an option.

Mr. Winchester: I believe in some cases it is not an option and in other cases it is prohibitively expensive.

Senator Morin: I would like to address my questions to Mr. Winchester. In your document you say, if I am right, that 50 per cent of Canadian employees have access to medical, dental and disability insurance. Is that right?

Mr. Winchester: That is according to Statistics Canada.

Senator Morin: Why do you say that in your final closing remarks that all parliamentarians should do as the rest of us and choose to purchase their own health coverage and disability? Either it is 50 per cent or the rest of us. What does that statement mean?

Mr. Winchester: The 50 per cent pertains to people who have some kind of supplementary insurance. They do not necessarily have access to supplementary insurance that they can take with them after they leave their employment. I have supplementary health insurance but as soon as I no longer work at the Canadian Taxpayers Federation — be that at age 65 or next week — I cannot buy those benefits or take them with me. A lot of workers are in that position.

Senator Morin: I realize that. You are telling me that when you retire you will not have your dental and medical insurance with you.

Mr. Winchester: That is not assured under the plan I have.

Senator Morin: You have a small plan but Mr. Potvin will agree that many large institutions and companies and employers carry on the coverage after the person has retired so there is nothing unusual about that. Am I right?

Mr. Potvin: That is correct. It is not all employers and I was quoting from statistics, about 53 per cent of employers across the country.

le gouvernement ne vous donnent pas les options voulues pour économiser en cas de problèmes ou de frais médicaux plus tard dans votre vie, cela veut dire que la société ne se préoccupe nullement de certains de ses membres. Nous n'assumons pas cette responsabilité. Nous avons des REER, mais nous n'avons pas de compte d'épargne médicale et nos options en matière d'assurance complémentaire et d'assurance-maladie sont limitées. Peu de choses ont été faites pour modifier cette réalité, en partie parce que la Loi canadienne sur la santé l'en empêche.

Le sénateur Cook: Je comprends que d'après vous, je ne peux pas actuellement acheter d'assurance. Je dois en acheter lorsque je suis en relativement bonne santé et que tout va bien. Je peux vous parler de ma propre expérience: lorsque mon conjoint est décédé et que je me suis retrouvée sans revenu et sans assurance collective, j'ai simplement dû acheter une assurance à ce moment-là. Ce que je veux savoir c'est s'il est possible d'acheter une assurance complémentaire au moment où vous apprenez que vous avez une maladie chronique. Si je comprends bien, ce n'est pas possible.

M. Winchester: Dans certains cas, je pense que c'est possible, dans d'autres, c'est hors de prix.

Le sénateur Morin: J'aimerais poser mes questions à M. Winchester. Dans votre document vous dites, si je ne me trompe, que 50 p. 100 des employés canadiens ont accès à une assurance médicale, dentaire et d'invalidité, n'est-ce pas?

M. Winchester: D'après Statistique Canada.

Le sénateur Morin: Pourquoi dites-vous dans votre conclusion que tous les parlementaires devraient faire comme tout le monde et acheter leur propre assurance-maladie et d'invalidité? C'est soit 50 p. 100 de la population, soit tout le monde. Que voulez-vous dire exactement?

M. Winchester: Les 50 p. 100 visent ceux qui ont un genre d'assurance complémentaire. Ils n'ont pas nécessairement accès à un régime complémentaire dont ils peuvent continuer de bénéficier une fois qu'ils quittent leur emploi. J'ai une assurance complémentaire, mais à partir du moment où je quitte mon emploi de la Fédération des contribuables canadiens — à 65 ans ou dès la semaine prochaine — je ne peux pas acheter ces prestations d'assurance ni continuer d'en bénéficier. Beaucoup de travailleurs sont dans la même situation.

Le sénateur Morin: Je le comprends. Vous me dites que lorsque vous prendrez votre retraite, vous n'aurez plus d'assurance dentaire et médicale.

M. Winchester: C'est en vertu du régime dont je bénéficie actuellement.

Le sénateur Morin: Vous bénéficiez d'un régime restreint, mais M. Potvin conviendra avec moi que beaucoup d'institutions, sociétés et employeurs importants maintiennent la couverture même après le départ à la retraite, si bien qu'il n'y a rien d'inhabituel à ce sujet, n'est-ce pas?

M. Potvin: C'est exact. Lorsque j'ai cité les statistiques, elles ne visaient pas tous les employeurs, mais environ 53 p. 100 d'entre eux à l'échelle du pays.

Senator Morin: The fact that it is carried on after retirement is not by itself unusual, or exceptional. I want to make that clear because the rhetoric here seems to say that the fact that the coverage is extended after retirement would be unusual and quite different from the other employees. That is not the fact. On the contrary, most large industries and employers would carry on the coverage after retirement.

Mr. Potvin: That is correct.

Senator Morin: In that respect, parliamentarians are not that different. Am I right in saying that?

Mr. Potvin: Yes.

Senator Morin: Then we are not really discussing the fact that coverage has extended after retirement. We are discussing is the fact that there is a very narrow window, between 50 and 55, under which the retirement is not in force but that the coverage for medical, dental and disability insurance would be extended. We are discussing a very narrow issue. Am I right in saying that?

Mr. Potvin: Yes.

Senator Morin: How could such a narrow window balloon over time into such a big cost by looking at the legislation itself?

Mr. Potvin: I am not sure I understand your question.

Senator Morin: Let me repeat the question by quoting from Mr. Winchester's testimony. He said that "...what was once thought to be a small cost when first proposed can balloon over time and become a big cost." How can the legislation, by itself, "balloon into a big cost?" Parliamentarians between the age of 50 and 55 who have not retired would be extended medical, life and disability insurance. That is a very narrow window. It could not balloon into a big cost.

Mr. Winchester: I know with respect to certain honourable senators you would like to see this as a narrow issue and would like to portray it as such. As one of your colleagues pointed out, it has the potential to carry over into the public service. The number of people employed in the public service is a growing number. It has grown steadily since about 1997. You are talking about close to half a million employees. Therein, it does actually carry quite a substantial cost.

We also know that what happens with federal public servants sets the tone for provincial and local public servants. Now, we are talking about a pool of roughly 3 million people this year. That could carry substantial costs not only for federal taxpayers — with whom you are of course all quite concerned — but also for provincial and local taxpayers, who we as organization represent.

We feel that it is in fact a much broader issue. I understand the desire to see it as a much narrower issue and focus in on this one piece of legislation and, indeed, focus it on one individual. However, this is not something to which every single Canadian

Le sénateur Morin: Le fait que le régime soit maintenu après la retraite n'est pas inhabituel ni exceptionnel. Je veux que ce soit clair, car on semble dire ici que le maintien de la couverture après la retraite est inhabituel et ne correspond pas à la situation des autres employés. Ce n'est pas vrai. Au contraire, la plupart des industries et des employeurs d'importance maintiennent la couverture après la retraite.

M. Potvin: C'est exact.

Le sénateur Morin: À ce moment-là, les parlementaires ne sont pas différents, n'est-ce pas?

M. Potvin: Effectivement.

Le sénateur Morin: Il ne s'agit pas alors de débattre du maintien de la couverture après le départ à la retraite. Nous parlons d'une période de temps très limitée — entre 50 et 55 ans, avant le départ à la retraite — au cours de laquelle l'assurance médicale, dentaire et d'invalidité serait maintenue. C'est très circonscrit, n'est-ce pas?

M. Potvin: Oui.

Le sénateur Morin: Si l'on s'en tient au projet de loi lui-même, pourquoi une période aussi limitée entraînerait très rapidement un coût aussi énorme?

M. Potvin: Je ne suis pas sûr de comprendre votre question.

Le sénateur Morin: Permettez-moi de la répéter en reprenant les propos de M. Winchester. Il a dit que ce qui est considéré comme un coût infime au départ peut augmenter rapidement et devenir un coût énorme. Comment le projet de loi, en lui-même, peut-il entraîner très rapidement un coût élevé? Les parlementaires qui ont entre 50 et 55 ans et qui n'ont pas pris leur retraite bénéficieraient de l'assurance médicale, l'assurance-vie et l'assurance en cas d'invalidité. Nous parlons d'un nombre très restreint de personnes et cela ne pourrait pas se traduire par un coût élevé.

M. Winchester: Je sais que certains honorables sénateurs souhaiteraient que cette question soit de portée limitée et aimeraient la décrire comme telle. Comme l'un de vos collègues l'a fait remarquer, cela pourrait dépasser le cadre des parlementaires et s'appliquer à la fonction publique. Le nombre de personnes employées à la fonction publique ne cesse de croître régulièrement depuis 1997 environ. Nous parlons de près d'un demi-million de fonctionnaires. Par conséquent, ce projet de loi peut effectivement donner lieu à un coût assez important.

Nous savons également que ce qui se passe dans le cas des fonctionnaires donne le ton pour ce qui est de la situation des fonctionnaires provinciaux et locaux. Nous parlons alors d'un bassin de près de trois millions de personnes cette année. Cela pourrait entraîner des coûts importants non seulement pour les contribuables fédéraux — qui vous préoccupent, bien sûr — mais aussi pour les contribuables provinciaux et locaux, que nous représentons en tant qu'organisme.

Il s'agit en fait d'après nous d'une question beaucoup plus vaste. Je comprends que vous souhaitiez l'envisager comme une question plus restreinte et que vous aimeriez vous concentrer sur cette mesure législative et, en fait, sur une personne en particulier.

has access. It is not fair to those Canadians. There may be the sense that it is not fair vis-à-vis senior public servants or well-heeled managers in a select number of companies. The reality for most Canadians is small business and individual businesses that do not have the option of these big pools of insurance.

We object to this is in part because it will cost money and in part because it ignores some fundamental problems that ought to be fixed. I am not directing this at honourable senators, of course, because you are talking about it today. However, is there so little for parliamentarians to talk about and deliberate upon that they have to talk about how and deliberate how they can pay themselves more benefits? I am not sure that sits well with taxpayers. It does not sit well with our supporters, which is why I am here.

Perhaps I should apologize for the strong rhetoric but I was upset when I read the minister's testimony before this committee. He wants to see it as a narrow issue, which I understand, but I reject it. Taxpayers at large see it as a bigger issue.

Senator Morin: You complain that it was introduced in great haste, and now you are objecting to the fact that we are deliberating it. It is either one or the other.

Mr. Winchester: I congratulate you for deliberating on it and I directed my scorn —

Senator Morin: You said we have nothing else to do.

Mr. Winchester: My scorn was entirely directed at the members of the House of Commons and not honourable senators. I apologize if I conveyed the wrong impression.

The Deputy Chairman: You did not, Mr. Winchester. That is what the witness said, Senator Morin.

Senator Morin: I will move to another issue. Parliament costs \$450 million, up 41 per cent. What percentage of the increasing costs comes from compensation?

Mr. Winchester: Off the top of my head, I so not know. I would have to consult the public accounts.

Senator Morin: If you do a quick calculation, it is between 10 and 20 per cent.

Mr. Winchester: I would be prepared to send, by e-mail or fax, a detailed breakdown of those based on the public accounts. However, I do not have the figures off the top of my head.

Senator Morin: How does your organization feel about empowering parliamentarians and giving them greater say and role and more power in dealing with government issues? How do you feel about giving them more resources? If we give them more resources, do you not think that Parliament costs would go up?

Toutefois, ce ne sont pas tous les Canadiens qui y ont accès et à cet égard, ce n'est pas juste. Les Canadiens pourraient avoir le sentiment d'une injustice dans le cas des cadres supérieurs de la fonction publique ou des gestionnaires fort à l'aise de sociétés privilégiées. La réalité que vivent la plupart des Canadiens dans les petites entreprises et dans les entreprises individuelles, c'est qu'ils n'ont pas accès à ces grands regroupements d'assurance.

Nous nous opposons à ce projet de loi en partie parce qu'il va coûter de l'argent et aussi parce qu'il laisse de côté certains problèmes fondamentaux qu'il faudrait régler. Je ne vous vise pas, honorables sénateurs, bien sûr, sous prétexte que vous en parlez aujourd'hui. Toutefois, les parlementaires ont-ils si peu de questions à débattre qu'ils doivent débattre de la façon dont ils peuvent s'octroyer plus d'avantages? Je ne suis pas sûr que ce soit bien vu des contribuables, ni non plus de ceux qui nous appuient et pour lesquels je suis ici.

Peut-être devrais-je m'excuser pour mes propos sans ambages, mais le témoignage du ministre devant votre comité m'a dérangé. Il considère qu'il s'agit d'une question de portée limitée, ce que je comprends, mais je ne suis pas d'accord. Dans leur ensemble, les contribuables considèrent qu'il s'agit d'une question plus vaste.

Le sénateur Morin: Vous vous plaignez en disant que ce projet de loi a été présenté de manière précipitée, et maintenant vous vous opposez à ce que nous en débattions. C'est soit l'un soit l'autre.

M. Winchester: Je vous félicite d'en discuter et je me suis montré méprisant à l'égard de...

Le sénateur Morin: Vous avez dit que nous n'avons rien d'autre à faire.

M. Winchester: Je me suis montré méprisant uniquement à l'égard des députés et non à l'égard des honorables sénateurs. Si je me suis mal fait comprendre, je vous prie de m'en excuser.

La vice-présidente: Vous ne vous êtes pas fait mal comprendre, monsieur Winchester. C'est ce que le témoin a dit, sénateur Morin.

Le sénateur Morin: Je vais passer à une autre question. Le Parlement coûte 450 millions de dollars, une hausse de 41 p. 100. Quel pourcentage de l'augmentation provient de la rémunération?

M. Winchester: Je répondrais spontanément en disant que je ne le sais pas, il faudrait que je consulte les comptes publics.

Le sénateur Morin: Si vous faites un calcul rapide, c'est entre 10 et 20 p. 100.

M. Winchester: Je serai prêt à envoyer par courriel ou par télécopie une ventilation détaillée de ces chiffres à partir des comptes publics. Toutefois, je ne les ai pas en tête.

Le sénateur Morin: Que pense votre organisme au sujet d'une plus grande responsabilisation des parlementaires qui joueraient un plus grand rôle et auraient plus de pouvoirs en matière de questions gouvernementales? Pensez-vous qu'il faudrait leur donner plus de ressources? En pareil cas, ne pensez-vous pas que les coûts du Parlement augmenteraient?

Mr. Winchester: There are good and legitimate reasons for government costs to go up. It is interesting that you mention the empowerment of parliamentarians. I think that is a good thinking. Parliamentarians — be they members of the House of Commons or members of the Senate — should exercise their independence and should have the resources to make poignant observations.

One news item I noticed with respect to increased costs at the House of Commons and increased resources in reference to the term “democratic deficit,” was a move that paid senior chiefs of staff or cabinet ministers that resulted in some chiefs of staff actually earning more money than a back-bench MP.

I am not sure what that says vis-à-vis accountability and democratic deficits. However, I do know that if you are going to give parliamentarians more money for their office budget, more opportunity to buy and contract resources and studies, and more opportunity to speak to legislation, it costs money. It costs money to send parliamentarians out to speak with Canadians about matters of public policy and importance. We would support those kinds of expenses.

However, when we see the negative kind of expenses, we are doubly concerned because that is money not spent the way it should be and money spent frivolously and in a way that is quite galling to taxpayers.

Senator Morin: My point is you did not break it down. You said there was a 40 per cent increase in costs in Parliament over 10 years. Some of it as you have just said may have been —

Mr. Winchester: The cost of member compensation has increased by 22 per cent. They have increased their wages by 22 per cent. The face value of the pensions has increased by 42 per cent. I do not have the exact number but the actuary on the pension required that additional funds be put into the members’ fund anticipating the retirement of members and anticipating increased costs.

Although I may not know what the breakdown is, I know anecdotally that a big mover of that cost is more compensation for members. We do not have a problem with members being paid the way that the Lumley Commission has presented it. You do not have the tax-free allowance. It is nice and straightforward. It is really not a particularly outrageous pay scale.

What does become outrageous is the generous pension and benefits because in the face of a salary that puts you in the top 2 per cent of wage earners, one would presume you had some money left over to put into savings, purchase supplementary insurance or something. You know what? That is a decision that the 406 members can make individually. I will not tell them what to do.

M. Winchester: Les coûts de l’État peuvent augmenter pour de bonnes et légitimes raisons. Il est intéressant que vous parliez de la responsabilisation des parlementaires, car je pense que c’est une bonne idée. Les parlementaires — qu’il s’agisse des députés ou des sénateurs — devraient exercer leur indépendance et avoir les ressources voulues pour faire des observations poignantes.

On parle de «déficit démocratique»; or, j’ai remarqué à propos de l’augmentation des coûts à la Chambre des communes et de l’accroissement des ressources à cet égard, que par suite d’une décision en matière de rémunération des chefs de cabinet ou des ministres, certains chefs de cabinet gagnent en fait davantage que les simples députés.

Je ne sais pas ce que cela signifie en termes de responsabilité et de déficit démocratique. Ce que je sais cependant, c’est que si vous augmentez le budget des bureaux des parlementaires, si vous leur donnez plus d’argent pour les ressources et les études, si vous leur donnez davantage l’occasion de s’exprimer sur les projets de loi, cela va coûter de l’argent. Quand les parlementaires partent en tournée dans le but de rencontrer des Canadiens et de discuter avec eux de questions d’intérêt public et d’enjeux importants, cela coûte de l’argent. Nous appuyons toutefois les dépenses de ce genre.

Par ailleurs, quand nous voyons que des fonds sont utilisés à mauvais escient, nous sommes doublement inquiets parce que l’argent n’est pas dépensé comme il devrait l’être. Il est dépensé de façon frivole, ce qui choque les contribuables.

Le sénateur Morin: Le fait est que vous ne donnez aucune précision. Vous dites que les dépenses du Parlement ont augmenté de 40 p. 100 sur 10 ans. Une partie de cette hausse, comme vous venez de le mentionner...

M. Winchester: Le coût du régime de rémunération des députés a augmenté de 22 p. 100. Les salaires ont augmenté de 22 p. 100. La valeur nominale des pensions a augmenté de 42 p. 100. Je n’ai pas les chiffres exacts avec moi, mais l’actuaire a recommandé que des fonds additionnels soient consacrés au régime de pension des députés pour tenir compte du nombre de députés qui vont partir à la retraite et de l’augmentation des coûts.

Je ne sais peut-être pas comment les coûts sont répartis, mais il semble, d’après les données empiriques qui existent, que la rémunération plus élevée des députés compte pour une bonne part de ceux-ci. Nous ne sommes pas contre le fait que les députés soient payés selon la méthode proposée par la commission Lumley. L’allocation non imposable disparaîtrait. La formule est claire et simple, et l’échelle salariale, plutôt raisonnable.

Ce qui l’est moins, ce sont les prestations de pension et les avantages généreux qui sont versés, parce que quand vous comptez parmi les 2 p. 100 de contribuables qui font partie de la tranche de revenus la plus élevée, on peut présumer que vous êtes en mesure de mettre de l’argent de côté, de souscrire à une assurance complémentaire, ainsi de suite. Vous savez quoi? C’est une décision que les 406 parlementaires devront prendre séparément. Je ne peux pas décider à leur place.

Senator Morin: We already dealt with the fact that 50 per cent of Canadians have that type of insurance.

I would like to move to your comments about the health care system. I am not too sure exactly what you mean. You seem to feel that it is a disadvantage that we have single tier health system with no choice, insurance options, low care and so forth. Could you elaborate on this statement?

The Deputy Chairman: Before you answer that question, Mr. Winchester I noticed that that was sort of thrown into your statement. We addressed many of these things in our health care study. It is a bit off topic from the legislation we are here to study. In any event, since he put —

Senator Morin: He has a full page on it. If he wants to remove it from his document, I have no objection.

The Deputy Chairman: I am saying we are getting off the topic of Bill C-24. Mr. Winchester if you could answer that as briefly as you can.

Mr. Winchester: I will not move off topic because I know your committee spent much time on this issue and honourable senators are aware of the deficiencies of our multi-tier health system.

I will say this. The mere fact that parliamentarians feel they need supplementary health benefits and disability benefits illustrates that we do have a multi-tier health system. We have the bottom line, which is the state-funded health system that everybody gets, and a number of other tiers depending on what supplementary coverage you decide to purchase, limited though it is, or is provided to you by your employer. That is not a problem. There is nothing wrong with that.

On the other side, if you do not balance the equation by allowing supplementary purchase and procurement of not just health coverage but health services — and I will be unequivocal here, a parallel private system of health care, I think we need to move to that — that is what my reference is to. Again, I wish that honourable senators and members of the House of Commons would get serious about making that sort of thing a reality. In an equitable way, yes, and fair way, yes, but nevertheless that is where the real solution lies on health care.

I would be happy to return to talk about health care on another occasion and/or draw your attention to some of the writings that our organization has done over the last four or five years on the subject. We have been fairly consistent. I will say no more on that.

The Deputy Chairman: Mr. Winchester, we will probably take you up on that offer at some point in the future.

Le sénateur Morin: Nous avons déjà souligné le fait que 50 p. 100 des Canadiens possèdent ce type d'assurance.

J'aimerais revenir à ce que vous avez dit au sujet du régime de soins de santé. Je ne comprends pas très bien votre logique. Vous semblez croire qu'il est désavantageux d'avoir un système de soins de santé à un seul palier qui n'offre aucun choix, aucune option d'assurance, des soins de faible qualité, ainsi de suite. Que voulez-vous dire au juste?

La vice-présidente: Avant de répondre à la question, monsieur Winchester, je remarque, en passant, que vous en faites mention dans votre exposé. Nous avons abordé bon nombre de ces points dans notre étude sur les soins de santé. Cela n'a rien à voir avec le projet de loi à l'étude. Quoi qu'il en soit, puisqu'il a posé...

Le sénateur Morin: Il y a une page complète là-dessus. S'il veut la retirer de son document, je ne m'y opposerai pas.

La vice-présidente: On s'écarte du sujet. Il est question ici du projet de loi C-24. Monsieur Winchester, je vous demanderais d'être aussi bref que possible.

M. Winchester: Je ne m'écarterai pas du sujet, parce que je sais que le comité a consacré beaucoup de temps à cette question et que les honorables sénateurs sont conscients des lacunes que comporte notre système de soins de santé à plusieurs paliers.

Or, le simple fait que les parlementaires jugent nécessaire d'avoir des prestations de maladie et d'invalidité complémentaires montre que nous avons un système de santé à plusieurs paliers. Nous avons un système de base, c'est-à-dire un système de santé financé par l'État auquel tout le monde a accès, et nous avons plusieurs autres paliers, en fonction de la couverture médicale supplémentaire que vous décidez d'acheter, même si elle est limitée, ou que vous fournit votre employeur. Je ne vois rien d'inacceptable dans tout cela.

Toutefois, si vous ne rétablissez pas l'équilibre en autorisant l'achat non seulement d'une couverture médicale complémentaire, mais aussi de soins de santé — et je crois, sans équivoque aucune, qu'il nous faut un système de soins de santé privé et parallèle — nous risquons d'avoir un problème et c'est à cela que je fais allusion. Encore une fois, je souhaite que les honorables sénateurs et les députés de la Chambre des communes envisagent sérieusement la possibilité de créer un tel système. Il faut procéder de façon juste et équitable. C'est là que réside la solution du problème.

Je reviendrai volontiers vous parler du système de soins de santé ou encore des études que nous avons effectuées sur le sujet au cours des quatre ou cinq dernières années. Notre position est assez claire. Je n'en dirai pas plus.

La vice-présidente: Monsieur Winchester, nous allons probablement vous prendre au mot à un moment donné.

As a point of clarification, when public servants leave the Public Service or take early retirement but does not immediately access their retirement benefits, and then five years later — say they leave at 50 — they access their retirement benefits, are they eligible to get their medical and dental at that point?

Mr. Potvin: They become eligible at that point to receive their medical and dental.

The Deputy Chairman: However, they cannot from the time they are 50 to 55?

Mr. Potvin: That is right.

The Deputy Chairman: Therefore, to underscore the point made by Senator Keon, this could be a tremendous bargaining position for public servants who wanted to —

Mr. Potvin: Definitely, it would be a precedent, yes.

Senator Fairbairn: Mr. Potvin, when you mentioned in your comments that aside from the purpose of this bill, there are exceptions for people getting coverage who have health problems or whatever in regular life. Could you give us some examples of what those might be?

Mr. Potvin: I am not saying that there are exceptions. I am referring to a particular situation that may warrant exceptions. It is often the way, for example, a private sector employer would deal with the situation if the general design of the plan does not cover specific situations, but there are specific circumstances that warrant an exception, then that is the way it will be handled, generally speaking, as opposed to broadly changing the plan design.

Senator Fairbairn: Would it be done on an individual basis?

Mr. Potvin: Yes, on an individual basis. It is not unusual, for example, to see a medical plan that does not cover certain conditions. If, for whatever reason, there is an individual where the employer feels it is warranted and whatever treatment should be covered in that specific case, an exception will be made. That is not unusual.

Senator Callbeck: The area I wanted to question has already been dealt with, but I do have a short question for Mr. Winchester. You say that it is obvious that however compensation for politicians is set, it should be in line with the public's expectations.

I assume you feel that compensation today is not in line with public expectations. What process would you set up to determine what the public expectations are?

Mr. Winchester: First, I think the current salary paid to members and senators is in line with public expectations. Certainly, there is a minority of Canadians who probably feel strongly it is a bit too high, and a minority who feel it is not high enough. However, right down the middle most people are pretty comfortable with the pay side. However, when you look at things like the supplementary benefits and the pension, there is a lot more discomfort.

J'aimerais avoir une précision. Quand des employés quittent la fonction publique ou prennent une retraite anticipée et qu'ils touchent leurs prestations de retraite non pas immédiatement, mais cinq ans plus tard — disons qu'ils quittent à 50 ans —, ont-ils droit, quand ils y deviennent admissibles, à l'assurance médicale et dentaire?

M. Potvin: Ils y ont droit, oui.

La vice-présidente: Mais ils n'y ont pas droit entre 50 et 55 ans?

M. Potvin: C'est exact.

La vice-présidente: Par conséquent, pour revenir à ce qu'a dit le sénateur Keon, il s'agirait là d'un outil de négociation fort utile pour les fonctionnaires qui veulent...

M. Potvin: Absolument. Ce serait un précédent.

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Potvin, vous avez indiqué que, mis à part ce que propose ce projet de loi, il y a des exceptions qui s'appliquent à la couverture médicale offerte aux personnes qui ont des problèmes de santé ou autres. Pouvez-vous nous donner quelques exemples?

M. Potvin: Il n'y a pas d'exceptions, mais plutôt des circonstances particulières qui pourraient en admettre. Par exemple, l'employeur du secteur privé a souvent recours à des exceptions si le régime, dans son ensemble, ne couvre pas certains services. S'il y a des circonstances particulières qui admettent une exception, on va avoir recours à cette formule au lieu de modifier, de façon générale, les modalités du régime.

Le sénateur Fairbairn: Est-ce qu'on procéderait au cas par cas?

M. Potvin: Oui. Il n'est pas rare, par exemple, d'avoir un régime médical qui ne couvre pas certains services. Si, pour une raison ou pour une autre, l'employeur juge que le traitement dont doit subir une personne devrait être couvert, une exception sera admise. Cette façon de faire n'est pas inhabituelle.

Le sénateur Callbeck: On a déjà abordé le sujet, mais j'aimerais poser une brève question à M. Winchester. Vous dites que, peu importe la formule utilisée pour calculer la rémunération des politiciens, celle-ci devrait correspondre aux attentes du public.

Je présume que cette rémunération ne cadre pas, selon vous, avec les attentes du public. Or, comment doit-on s'y prendre pour définir, justement, ces attentes?

M. Winchester: D'abord, je pense que le salaire actuel des députés et des sénateurs correspond aux attentes du public. Il y a, certes, un petit groupe de Canadiens qui jugent que le salaire est un peu trop élevé, et un petit groupe qui juge que le salaire n'est pas suffisamment élevé. Toutefois, la plupart des Canadiens s'entendent pour dire que la rémunération qui est versée est juste. Ce sont plutôt les avantages supplémentaires et les prestations de pension qui suscitent beaucoup de mécontentement.

I receive media inquiries and inquiries from our supporters on a regular basis asking me — usually it is after a member announces he or she will not run again — what that member's pension is worth. There is, in some cases, a misperception that these pensions are worth vastly more than they are, and that is because we went from a system where six to 14 years paid a pension to one where, if a member were elected in 2001, they would have to serve 10 to 25 years to get a pension.

There is some miscommunication out there. The House of Commons and parliamentarians in general would be better served if they post compensation clearly, visibly and in an understandable format as the Government of Alberta does — particularly the pension and salary compensation component.

There are many Canadians who do not get supplementary benefits. They work in small businesses or work in their own shop, or alternatively work somewhere where the benefits they get — if they are in that 50 to 53 per cent who receive the benefits — are more limited and not as generous as these. In terms of getting one's supplementary medical and disability carried over, in almost all cases you have to actually be claiming your pension to get those. I am sure there are some exceptions; highly paid executives in places such as Nortel enjoy all sorts of other exceptions as well.

However, for the average Canadian, this issue of supplementary disability coverage is not in line with what they get. I think many Canadians do not really understand what this bill is about. If they understood it better, rather than in sort of these narrow terms that some want to portray it in, I think they would be more upset about it. Perhaps it was a good strategy on the part of the parliamentarians to wait until this point in time, when most people are more concerned about, say, Mr. Guité's testimony today and some of these other issues than this particular one, but it really does smack of unfairness that parliamentarians would do this.

You asked about the process. I think what came out of the Lumley report was very good. It did fall short on the issue of pensions. It is in the best interests of all parliamentarians to move to a registered retirement savings plan. They have more control over their pensions in this case; they can use it for medical or pension reasons and can have more or less money. It is portable and they can take it where they want. They do not have to feel stuck here — not that any of you would feel stuck, you probably all enjoy serving — but it would offer more options, which is good.

When it comes to benefits, we should be clear about severance and other benefits for political appointees and parliamentarians. For this level of government and every other level of government, it is a simple principle: If you are a professional public servant, you are entitled to severance and certain long-term disability coverage, and you may even be entitled to get that earlier than retirement. However, when it comes to a political appointee or

Je reçois régulièrement des demandes de la part de médias et de membres — habituellement, après qu'un député annonce qu'il ne se représentera pas aux prochaines élections — qui veulent savoir à combien s'élèvera la pension de ce député. Si certains pensent, à tort, que le régime de pension est beaucoup plus généreux qu'il ne l'est en réalité, c'est parce que nous sommes passés de la formule de six à 14 ans. Le député qui a été élu en 2001 devra siéger pendant une période allant de 10 à 25 ans avant d'avoir droit à une pension.

Il y a un problème de communication. La Chambre des communes et les parlementaires, en général, devraient faire preuve de transparence et afficher leur rémunération clairement et visiblement, comme le fait le gouvernement de l'Alberta — surtout les composantes pension et salaire.

Il y a de nombreux Canadiens qui ne reçoivent pas de prestations supplémentaires. Ils travaillent pour des petites entreprises ou à leur compte, ou encore pour une compagnie qui offre des avantages — s'ils figurent parmi les 50 à 53 p. 100 de travailleurs qui les reçoivent — moins généreux. Pour ce qui est de l'assurance médicale et invalidité complémentaire, dans presque tous les cas, vous devez toucher une pension pour y avoir droit. Je suis certain qu'il y a des exceptions; les cadres supérieurs des sociétés comme Nortel ont droit à toutes sortes d'exceptions.

Toutefois, pour le simple citoyen canadien, cette assurance-invalidité complémentaire ne correspond pas du tout à ce qu'ils touchent. Je pense que de nombreux Canadiens ne comprennent pas vraiment la teneur du projet de loi. S'ils étaient mieux renseignés, si on ne donnait pas au projet de loi un sens aussi restrictif, je pense qu'ils s'y opposeraient davantage. C'est peut-être une bonne stratégie de la part des parlementaires de le présenter à un moment où les gens sont beaucoup plus préoccupés par, disons, le témoignage de M. Guité. Je trouve toutefois l'attitude des parlementaires injuste.

Vous avez posé une question au sujet du processus. La commission Lumley a présenté un bon rapport. Elle n'est pas allée assez loin pour ce qui est du régime de pension. Les parlementaires auraient intérêt à adopter la formule du régime enregistré d'épargne-retraite. Cela leur permettrait d'exercer un plus grand contrôle sur leur pension. Ils pourraient s'en servir à des fins médicales ou autres, et toucher plus ou moins d'argent. Le régime est transférable. Ils ne se sentiraient pas coincés — je ne dis pas que vous sentez coincés; vous êtes probablement satisfaits de votre travail — mais ce régime offrirait plus d'options, ce qui est une bonne chose.

Concernant les avantages, il faut plus de transparence pour ce qui est des prestations de départ et autres qui sont versées aux parlementaires et aux personnes faisant l'objet d'une nomination politique. Le principe, en ce qui concerne ce palier-ci de gouvernement et tous les autres, est très simple: si vous êtes un fonctionnaire, vous avez droit à une prestation de départ et, dans une certaine mesure, à des prestations d'invalidité à long terme.

someone who is elected and serves at the pleasure of the public, those benefits have to stop the day they cease to be in that position.

Although members get severance — and we will not argue tremendously about that — even that is a bit much. We have seen cases of elected and appointed members and committee members and various types of public appointees receiving huge and generous severance packages upon leaving. I cannot think of anything that raises the ire more of taxpayers than that.

It is important that parliamentarians and appointees know what the rules are when they come in so that when they leave they know they are not getting extension of benefits. They can then act accordingly and if they fear or have concern that they will be taken ill or have a disability, they can buy additional coverage or save money if coverage is not available to them in anticipation of that. That is what the rest of Canadian taxpayers do.

The process is good. I wish it were a RRSP system. If you could make that happen, that would be my request to you today. Some of these other issues are certainly for another day and another time. I am struck by the fact, as I said before, that parliamentarians have time to do this but they do not have time to deal with meaningful public policy issues, which is a shame.

Senator Callbeck: My question was on the process and you agree with the Lumley commission.

Mr. Winchester: Yes, it is a good process.

Senator Cook: We are talking about a person who becomes disabled and needs a quality of life that we all should have here in this great country. We are talking about a possible six years of employment. In proposing a RRSP regime, the amount that would accumulate in six years would be how much?

Mr. Winchester: In a RRSP?

Senator Cook: I know it depends on what you buy.

Mr. Winchester: I will look into my crystal ball and see where the financial markets will go. RRSPs are not perfect but they are good retirement vehicles.

Senator Cook: Are you saying it is possible to take you from the age 50 to the age 55? If there were something built in here today, we would not need to have this?

Mr. Winchester: It would depend on how much money an individual had in a RRSP. Remember some of that would be what a parliamentarian brought from before and other things such as inheritances and royalties. There can be any number of things one could bring in as supplementary income to put into an RRSP.

The real solution to this problem is less RRSP. Members should get a RRSP because it is in their best interests. They will have more as a result of a RRSP — particularly younger

Vous pouvez même y avoir droit avant même de prendre votre retraite. Toutefois, dans le cas des personnes qui font l'objet d'une nomination politique ou des représentants élus, ces prestations doivent cesser d'être versées le jour où ils quittent leur poste.

Les députés reçoivent une indemnité de départ — et nous ne nous attarderons pas là-dessus — mais je trouve que cela dépasse un peu les bornes. Il y a des représentants élus, des personnes nommées, des membres de comité, des personnes qui ont fait l'objet de nominations publiques qui reçoivent de généreuses indemnités de départ lorsqu'elles quittent leur poste, et il n'y a rien qui choque plus les contribuables.

Il est important que les parlementaires et les personnes nommées connaissent bien les règles à leur arrivée et qu'ils sachent, au moment de leur départ, qu'ils n'ont pas droit à d'autres avantages. Ils peuvent ensuite s'organiser en conséquence. S'ils craignent de tomber malades ou d'être frappés d'une invalidité, ils peuvent souscrire à une assurance complémentaire ou mettre de l'argent de côté s'ils n'ont pas droit à une couverture. C'est ce que font les autres contribuables canadiens.

Je pense que le processus est bon. J'aimerais qu'il prenne la forme d'un REER. C'est en fait ce que je vous demande aujourd'hui. Certaines questions peuvent être réglées plus tard. Je trouve toutefois étonnant, comme je l'ai déjà dit, que les parlementaires aient le temps de se pencher sur cette question, mais pas sur les véritables enjeux d'intérêt public qui nous intéressent. C'est déplorable.

Le sénateur Callbeck: Ma question portait sur le processus. Vous êtes d'accord avec la commission Lumley.

M. Winchester: Oui, c'est un bon processus.

Le sénateur Cook: Nous faisons référence à quelqu'un qui devient handicapé et qui a besoin d'une qualité de vie que nous devrions tous avoir dans ce grand pays. Nous parlons d'une possibilité de six années d'emploi. Avec un REER, le montant accumulé au bout de six ans serait de combien?

M. Winchester: Dans un REER?

Le sénateur Cook: Je sais que cela dépend de ce qu'on achète.

M. Winchester: C'est fonction de l'orientation que prendront les marchés financiers. Les REER ne sont pas parfaits, mais ils constituent un bon instrument d'épargne-retraite.

Le sénateur Cook: Êtes-vous en train de dire que c'est possible pour quelqu'un entre 50 et 55 ans? Si quelque chose était établi aujourd'hui, nous n'aurions pas besoin de ceci?

M. Winchester: Cela dépend du montant d'argent versé dans le REER. Rappelez-vous qu'une partie viendrait de ce qu'un parlementaire aurait accumulé précédemment et d'autres sources, comme des héritages ou des redevances. Il existe beaucoup de choses qu'on peut mettre dans un REER comme revenu supplémentaire.

La vraie solution à ce problème n'est pas tant le REER. Les députés doivent souscrire à ce type de régime parce que c'est dans leur intérêt. Un REER leur permettra de disposer de plus

members. It gives more freedom, which is a valuable intangible thing. The solution is to be found in a supplementary medical concern. It has to do with the medical savings account. It is a totally ally different topic and a totally different issue, but it is a darn shame that that is not what parliamentarians decided to set their attention on and make happen instead of this measure.

The Deputy Chairman: That is the completion of our questions. I would like to thank both Mr. Potvin and Mr. Winchester for a lively debate. You certainly made some excellent points on this particular piece of legislation.

I said at the last meetings that I felt that this had been rushed through the House of Commons with undue haste. I am really glad that we were able to have the benefit of your testimony today.

On behalf of my colleagues, I would like to thank you for appearing.

We will turn our attention to Bill S-17, to amend the Citizenship Act.

Our witnesses today are from the Department of Citizenship and Immigration Canada and from the Department of Justice.

We shall hear from Ms. Patricia Birkett next. Thank you very much for appearing to address this piece of legislation.

Ms. Patricia Birkett, Acting Director General, Integration Branch, Citizenship and Immigration Canada: As background to the motivation for Bill C-17, between January 1, 1947 and February 14, 1977 certain children who were under 21 years of age lost Canadian citizenship when their Canadian citizen responsible parent ceased to be a Canadian by becoming a citizen of another country. "Responsible parent" had a particular definition in the context of that law. It was usually the father for children born in wedlock and the mother for children born out of wedlock or if the mother was widowed or had legal custody of the child.

For those people who ceased to be Canadian citizens, our Citizenship Act today, which came into force in February 1977, provides for the resumption of Canadian citizenship by former Canadians. Persons who wish to resume being Canadian must become a permanent resident of Canada, must live in Canada for one year and must not be subject to certain prohibitions. In 2003, a public policy was implemented to make it easier for persons who lost their citizenship as minors to obtain permanent resident status in Canada, seeing as one of the requirements for resuming citizenship is to be a permanent resident.

Bill C-17 amends section 11 of the current Citizenship Act, which requires former Canadians to acquire permanent resident status and live in Canada for one year. It eliminates the requirement to become a permanent resident and live

d'argent — particulièrement s'ils sont jeunes. Il leur donnera aussi davantage de liberté, ce qui est un élément intangible, mais non négligeable. Il faut chercher la solution dans l'assurance-maladie complémentaire. Cela a à voir avec le compte d'épargne à usage médical. C'est un sujet totalement distinct et un problème complètement différent, mais il est vraiment regrettable que les parlementaires n'aient pas décidé de centrer leur attention là dessus au lieu d'opter pour cette mesure.

La vice-présidente: Nous n'avons plus de questions. J'aimerais vous remercier tous les deux, monsieur Potvin et monsieur Winchester, pour ce débat animé. Vous avez fait d'excellentes remarques sur cette mesure législative.

J'ai dit, lors de séances précédentes, que je considérais que ceci avait été adopté à toute vapeur par la Chambre des communes et que cette hâte n'était pas justifiée. Je suis vraiment contente que nous ayons pu entendre vos témoignages aujourd'hui.

Au nom de mes collègues, j'aimerais vous remercier d'avoir comparu.

Nous allons maintenant examiner le projet de loi S-17, loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

Nos témoins viennent du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration ainsi que du ministère de la Justice.

Je vais céder la parole à Mme Patricia Birkett. Je vous remercie beaucoup de comparaître devant nous dans le cadre de l'étude de ce projet de loi.

Mme Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration: L'une des raisons d'être du projet de loi S-17 est qu'entre le 1^{er} janvier 1947 et le 14 février 1977, certains mineurs de moins de 21 ans ont perdu la citoyenneté canadienne alors que leurs parents responsables, citoyens canadiens, ont cessé d'être Canadiens après avoir obtenu une autre nationalité. Le terme «parent responsable» avait une définition particulière dans le contexte de cette loi. Normalement, le parent responsable était le père des enfants nés dans les liens du mariage, la mère des enfants nés hors mariage, la mère veuve ou celle qui avait la garde légale des enfants.

La Loi sur la citoyenneté actuelle, entrée en vigueur en février 1977, prévoit que d'anciens Canadiens peuvent recouvrer la citoyenneté canadienne. Ceux qui le souhaitent doivent devenir résidents permanents, vivre au Canada pendant un an et ne pas être frappés de certaines interdictions. En 2003, on a mis en oeuvre une politique publique visant à faciliter l'octroi de la résidence permanente aux personnes ayant perdu leur citoyenneté lorsqu'elles étaient mineures puisque l'une des exigences pour recouvrer la citoyenneté canadienne est de devenir résident permanent.

Le projet de loi S-17 modifie l'article 11 de la Loi sur la citoyenneté actuelle, qui exige que les anciens Canadiens acquièrent le statut de résident permanent et vivent au pays pendant une année avant de recouvrer la citoyenneté canadienne.

here for one year, but only for persons who ceased to be Canadian when they were under 21 — when they were minors.

Stepping back, I would point out that the Immigration and Refugee Protection Act and the Citizenship Act work in conjunction when dealing with grants of citizenship, and this is a grant. Under the Immigration and Refugee Protection Act, anyone seeking to become a permanent resident has to meet the admissibility requirements. People who have any serious criminality, whether in Canada or some other country, or security problems, can be inadmissible.

The Citizenship Act, under which people apply to resume their citizenship, only deals with the prohibitions relating to criminal convictions in Canada, and these criminal prohibitions are not permanent. They only last for a limited time.

In matters of security, the Citizenship Act allows us to refuse citizenship for security reasons under process in section 20, but it is difficult to apply those kinds of provisions if the person was not living in Canada because the system works with the Security Intelligence Review Committee, et cetera, in regard to threats to Canada. The immigration approach with security is quite a bit broader than the Citizenship Act approach.

The consequences of Bill S-17 are such that it would give access to Canada to former Canadians who are now inadmissible for reasons of security or criminality. It also could provoke complaints by other former Canadians who had to go through the resumption process, including obtaining permanent residence and living here for one year.

I want to talk about the issue of statelessness. There has been a lot of publicity about the issue of loss of citizenship, and certain things that have appeared in the media are not quite accurate. The loss provisions of the 1947 act did not make people stateless. The provision under which people lost their citizenship provided that the person had to be a citizen of another country. In having that kind of a provision between 1947 and 1977, Canada did not violate any international obligations and did respect its obligations under the Convention on the Reduction of Statelessness.

On the topic of issues concerning women and children, in an effort to correct certain things that have appeared, the 1947 Citizenship Act did provide rights for women and children. In fact, the 1947 act corrected certain inequities with respect to women that had been created by British legislation, which applied to people in Canada before 1947 when we got our own citizenship act.

In respect of children, we have a court decision in the case of *Sieradzki v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*. In that, the court ruled that no discrimination occurred because a

Il propose d'éliminer l'exigence d'acquérir le statut de résident permanent et de vivre au Canada durant un an, mais seulement pour les personnes ayant perdu la citoyenneté canadienne lorsqu'elles étaient d'âge mineur.

Par ailleurs, j'aimerais signaler que la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés ainsi que la Loi sur la citoyenneté s'appliquent de concert lorsqu'il s'agit d'accorder la citoyenneté à quelqu'un. En vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, quiconque souhaite obtenir la résidence permanente doit satisfaire aux critères d'admissibilité. Les personnes ayant commis des crimes graves, que ce soit au Canada ou à l'étranger, ou qui constituent un problème pour la sécurité, peuvent être jugées inadmissibles.

La Loi sur la citoyenneté, en vertu de laquelle les gens demandent à recouvrer leur citoyenneté canadienne, ne prévoit que les interdictions liées à des accusations criminelles au Canada, et ces interdictions ne sont pas permanentes. Elles ne s'appliquent que durant une période limitée.

En ce qui concerne la sécurité, la Loi sur la citoyenneté nous permet de refuser d'accorder la nationalité à un individu pour des raisons de sécurité en vertu de l'article 20, mais il est difficile d'appliquer ce type de dispositions si la personne n'a pas vécu au Canada car le système fonctionne en coopération avec le Comité de surveillance des activités de renseignement de sécurité, et cetera pour ce qui est des menaces à l'égard du Canada. L'approche de l'immigration en matière de sécurité est pas mal plus large que l'approche prévue dans la Loi sur la citoyenneté.

Les conséquences du projet de loi S-17 sont telles qu'elles permettraient de faire entrer au Canada des anciens Canadiens qui sont actuellement interdits de territoire pour des raisons de sécurité et de criminalité. En outre, d'autres anciens Canadiens pourraient se plaindre d'avoir eu à suivre tout le processus, dont l'obtention de la résidence permanente et l'obligation de vivre au Canada pendant un an.

J'aimerais maintenant vous entretenir du problème d'apatridie. On a beaucoup parlé de la question de la perte de citoyenneté, et certaines informations diffusées par les médias ne sont pas tout à fait exactes. Les dispositions sur la perte de citoyenneté contenues dans la loi de 1947 ne rendent pas les gens apatrides. Selon ces dispositions, les personnes qui ont perdu leur nationalité canadienne avaient acquis la citoyenneté d'un autre pays. Étant donné que le Canada appliquait ce type de dispositions entre 1947 et 1977, il n'a violé aucune de ses obligations internationales et il a respecté ses engagements conformément à la Convention sur la réduction des cas d'apatridie.

En ce qui concerne les femmes et les enfants, afin de régler certains problèmes qui sont apparus, la Loi sur la citoyenneté de 1947 a permis de corriger des inégalités engendrées par la législation britannique, qui était en vigueur avant que le Canada n'adopte sa propre loi en la matière.

Pour ce qui est des enfants, il existe une décision de justice, dans l'affaire *Sieradzki c. Canada (ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*. Dans ce cas, le tribunal a conclu qu'il n'y avait

parent made a decision for a minor child. Parents have to make a lot of decisions for children and some of those decisions do have long-term impacts, and it is not discriminatory for a parent to make a decision for a child.

There is a choice factor here. When those provisions discouraging double nationality or multiple nationality were in force in Canada, some people chose not to become nationals of other countries. By making the choice to remain Canadian, they had to forgo opportunities of employment and other benefits because they wanted to remain Canadian. It was their choice to remain Canadian or not.

I would like to put before you for consideration the public perception. Between 1947 and 1977, there were a variety of circumstances that led to a person losing Canadian citizenship. Today it is not the same. Today loss of citizenship occurs by voluntary renunciation, for a small number of people, and by revocation of citizenship for another very small number of people. I could add that people who fail to retain their citizenship in the second generation born abroad will also lose citizenship, but that is a technical point and applies only to people born abroad whose parents were also born abroad.

Under the Citizenship Act as it exists today, applications for resumption are evaluated consistently. No matter the circumstances that led to the loss, the resumption requirement in the Citizenship Act is the same.

Changes to the requirements for resuming citizenship that we could put into place now for some people who lost it under the former legislation may lead to a series of challenges from other groups who would consider that their situation was equally meritorious.

The appropriate remedies exist under the current law to resume citizenship for anyone who lost it. The permanent resident requirements are put there for reasons of program integrity. The public policy that was put into place for people who lost their citizenship when they were minors is very flexible, but it is under immigration public policy. Changes to the requirement for permanent residents could create other problems by attempting to undo the effect of past events.

The Deputy Chairman: Thank you very much.

Senator Morin: Can you elaborate on program integrity? Could you elaborate on the difficulties with this bill? I can see the advantages, but what are the difficulties? For example, you referred to program integrity. Are we referring to medicare and things like that?

Ms. Birkett: No. Program integrity in this context refers to people who have been living in other countries since they were children, have been convicted of crimes in those countries or

pas eu de discrimination parce qu'un parent avait pris une décision pour un enfant mineur. Les parents doivent prendre beaucoup de décisions concernant leurs enfants et certaines ont des conséquences à long terme; il n'est pas discriminatoire pour un parent de prendre une décision pour son enfant.

Il y a là un facteur de choix. Lorsque ces dispositions décourageant la double nationalité ou les nationalités multiples étaient en vigueur au Canada, certaines personnes ont préféré rester canadiennes. En faisant ce choix, elles ont dû renoncer à des possibilités d'emploi et à d'autres avantages pour justement conserver leur citoyenneté. Ces gens avaient le choix de demeurer Canadiens ou pas.

Je voudrais maintenant vous faire part de certaines considérations concernant la perception du public. Entre 1947 et 1977, divers facteurs entraînaient la perte de la citoyenneté canadienne. Aujourd'hui, la situation a changé. En effet, la perte de la citoyenneté ne survient qu'en cas de renonciation volontaire, pour un nombre limité de personnes, ou de révocation, qui s'applique là aussi à un très petit groupe d'individus. J'ajouterais que les personnes qui ne demandent pas à conserver leur citoyenneté pour la deuxième génération née à l'étranger perdront également leur citoyenneté canadienne, mais il s'agit là d'un point technique concernant uniquement les personnes nées à l'étranger de parents également nés à l'étranger.

En vertu de la Loi actuelle sur la citoyenneté, les demandes de réintégration sont toutes évaluées de la même façon. Peu importe quelles circonstances ont entraîné la perte de la citoyenneté, les exigences pour recouvrer la citoyenneté canadienne sont les mêmes en vertu de la loi.

Des changements apportés aux exigences relatives au recouvrement de la nationalité pour certaines personnes ayant perdu la citoyenneté canadienne en vertu de l'ancienne loi peuvent amener une série de réclamations d'autres groupes jugeant leur situation tout aussi méritoire.

Il existe des recours, en vertu de la loi actuelle, pour les personnes qui veulent recouvrer leur citoyenneté canadienne. Les exigences relatives à l'acquisition du statut de résident permanent ont été conservées pour assurer l'intégrité du programme. La politique publique mise en place pour les personnes ayant perdu la citoyenneté lorsqu'elles étaient mineures est très souple, mais il s'agit d'une politique d'immigration. Les changements apportés aux exigences applicables aux résidents permanents pourraient créer d'autres problèmes en voulant corriger des événements passés.

La vice-présidente: Je vous remercie beaucoup.

Le sénateur Morin: Pourriez-vous nous donner davantage de détails au sujet de l'intégrité du programme? Pourriez-vous nous expliquer les difficultés que présente ce projet de loi? Je peux en saisir les avantages, mais quels en sont les inconvénients? Par exemple, vous avez fait référence à l'intégrité du programme. Voulez-vous parler des soins de santé et d'autres choses du genre?

Mme Birkett: Non. Dans ce contexte, l'intégrité du programme concerne les personnes ayant vécu à l'étranger depuis leur enfance et qui y ont été reconnues coupables de crimes ou qui ont été

engaged in organized crime or other activities, and if they do not have to go through the immigration process because of this bill, they can come back to Canada as Canadians notwithstanding criminality or certain security problems in another country.

Senator Morin: As a Canadian, if I am convicted of a crime in another country, I can return to Canada as a Canadian?

Ms. Birkett: Yes.

Senator Morin: Even if I have been convicted of a crime outside?

Ms. Birkett: Yes. That is part of the right of being Canadian. This bill is referring to people who are not Canadian.

Senator Morin: They are not Canadians. It is not the same as abandoning their citizenship.

You said that other problems could be created in attempting to undo past events? What does that mean?

Ms. Birkett: That Citizenship Act was in place for 30 years, between 1947 and 1977. Many people have complied with the requirements for resumption. If, as of tomorrow, I say we are changing the rules for someone who lost way back in 1952, we are undoing the consequences of what happened in the past. Therefore, it has a retroactive application when it is played out. The other person, who had to go through that resumption process, including the permanent resident process, will probably challenge that.

Second, we have the public policy for the immigration program with respect to people who are in the situation of minors, but that public policy still allows us to look at the whole picture. Indeed, the humanitarian considerations under the immigration program allowed us to look at any former Canadian or any other person who has a case to be made that they should be allowed to come into Canada.

If we start making a law that changes things for certain categories, other categories of people will come forward and start challenge it.

Senator Morin: The dual citizenship issue does not play a role at all here. Has that changed? That people now have dual citizenship, does that play a role in the fact that there is a change in the legislation?

Ms. Birkett: Between 1947 and 1977, Canada had in place rules discouraging dual nationality. That was consistent with the way things worked out at that time, including in other countries and Canada had the same kind of approach. In 1977, when the present Citizenship Act came into force, the rules about discouraging dual nationality were dropped. People had a choice. Between 1947 and 1977, if they went somewhere else, they had to know that if they take out another nationality, they

impliquées dans des activités du crime organisé ou autres; si elles ne doivent pas passer par le processus d'immigration en vertu de ce projet de loi, elles peuvent rentrer au pays comme Canadiennes malgré leur passé criminel ou certaines menaces à la sécurité qu'elles posent dans d'autres pays.

Le sénateur Morin: Si, en tant que Canadien, je suis reconnu coupable d'un crime dans un autre pays, puis-je retourner au Canada comme Canadien?

Mme Birkett: Oui.

Le sénateur Morin: Même si j'ai été accusé d'un crime à l'étranger?

Mme Birkett: Oui. Cela fait partie du droit d'être Canadien. Ce projet de loi fait référence aux personnes qui n'ont pas la citoyenneté canadienne.

Le sénateur Morin: Ce ne sont pas des Canadiens. Ce n'est pas la même chose que d'abandonner sa citoyenneté.

Vous avez dit que certains éléments pourraient engendrer d'autres problèmes en essayant de corriger des événements survenus dans le passé, que voulez-vous dire?

Mme Birkett: Cette Loi sur la citoyenneté a été en vigueur pendant 30 ans, de 1947 à 1977. Beaucoup de personnes ont satisfait aux exigences permettant de recouvrer la citoyenneté. Si, demain matin, je disais à quelqu'un qui a perdu sa citoyenneté en 1952 que les règles du jeu ont changé pour lui, je laisserais de côté ce qui est arrivé dans le passé. Par conséquent, il y aurait une application rétroactive de la loi. Une autre personne, qui devrait passer par tout le processus pour recouvrer sa citoyenneté, y compris l'obligation d'obtenir la résidence permanente, pourrait contester cette décision.

Par ailleurs, nous avons adopté une politique publique pour le programme d'immigration à l'intention des mineurs, mais cette politique nous permet encore d'examiner la situation dans son ensemble. D'ailleurs, les considérations humanitaires en vertu du programme d'immigration nous ont permis d'étudier la situation d'anciens Canadiens ou d'autres pour lesquels il était justifié d'autoriser l'entrée au Canada.

Si nous commençons à faire des lois qui changent les choses pour certaines catégories d'individus, les autres s'en plaideront et les contesteront.

Le sénateur Morin: La question de la double citoyenneté ne joue absolument aucun rôle dans ce cas. Cela a-t-il changé? Cette modification de la loi aura-t-elle une incidence sur les personnes ayant la double nationalité?

Mme Birkett: Entre 1947 et 1977, le Canada a mis en place des règles décourageant la double citoyenneté. C'était conforme à la façon dont les choses fonctionnaient à l'époque, y compris dans d'autres pays, et le Canada avait adopté le même type d'approche. En 1977, lorsque l'actuelle Loi sur la citoyenneté est entrée en vigueur, les règles visant à décourager l'obtention de la double citoyenneté ont été abandonnées. Les gens avaient le choix. Entre 1947 et 1977, ils devaient savoir que s'ils obtenaient

would lose their Canadian citizenship. Since 1977, people know that taking out another nationality does not necessarily impact Canadian citizenship.

I say that with reserve; this is a complex issue. There are countries that if, for instance, if you want to take out their nationality. You have to renounce your Canadian citizenship and that still goes on. Some countries still have rules discouraging multiple nationality; we do not.

Senator Keon: I take it that you feel that this bill is best not passed, is that right?

Ms. Birkett: Yes, that is correct.

Senator Keon: If the bill were passed, how could it be amended to get around this business of non-Canadians citizens who are criminals being sorted out in some way so that they do not block access to people who are not criminals?

Ms. Birkett: I do not think there is an easy answer to that, senator. We would have to rethink the whole process. The way things work now is that the immigration process for people who are not Canadian serves to deal with those people whom we do not want to become Canadian while they are still not Canadian.

I do not think it is feasible to try and say that under the Citizenship Act we will start putting in a whole bunch of rules to cover that, but accept certain other people.

Senator Keon: Do you feel the process is fair now? Some people feel it is not, that they cannot get through the bureaucracy and so forth. Are you convinced it is fair if they persist?

Ms. Birkett: My notion of fair is that everyone is treated the same. In 2004, I am still answering people, saying here are the rules about resuming. I would like to continue having the same answer and not suddenly change and say, "Now we decided that even if you did something back in 1952 we have changed the rules." That is not fair. For me, "fair" means we have consistent rules and apply them the same way to everyone. Fairness in the sense of what is nice or kind is a different issue.

Under the immigration program, we always have a way to deal with people. In looking at their individual circumstances we say, "This does not work out well." I can give you an example. I have worked in both the citizenship and immigration programs over my career. Before 1977, I dealt with a middle-aged couple who came in. They were upset. They explained to me that their daughter had moved to Australia with her husband. At that time, they took out Australian citizenship, which meant they lost their Canadian citizenship and they knew that. They felt that they were remaking their life in Australia and that is the way they should do that. They had five children. Everything was going well. The husband was killed suddenly in an accident. This woman found herself in Australia with five children, all born there, not Canadian. The parents said, "We would really like our daughter to be able to come back to Canada." As an immigration officer, I

une autre nationalité, ils perdraient la citoyenneté canadienne. Depuis 1977, les gens savent qu'obtenir une autre nationalité n'a pas nécessairement d'incidence sur la citoyenneté canadienne.

Je dis cela sous toute réserve; c'est une question complexe. Il y a des pays, par exemple, où, si vous voulez adopter leur nationalité, vous devez renoncer à votre citoyenneté canadienne, et c'est encore le cas maintenant. Certains pays ont encore des règles pour décourager les nationalités multiples; pas nous.

Le sénateur Keon: À ce que je comprends, vous préféreriez que ce projet de loi ne soit pas adopté, n'est-ce pas?

Mme Birkett: Oui, c'est vrai.

Le sénateur Keon: Si le projet de loi est adopté, comment pourrait-il être modifié pour contourner ce problème des criminels qui ne sont pas Canadiens pour qu'en quelque sorte, ils ne bloquent pas l'accès aux gens qui ne sont pas des criminels?

Mme Birkett: Je ne pense pas qu'il y ait de réponse facile à cela, monsieur le sénateur. Nous devons effectivement repenser tout le processus. À la façon dont les choses fonctionnent maintenant, le processus d'immigration, pour les non-Canadiens, sert à empêcher des gens dont nous ne voulons pas d'obtenir la citoyenneté pendant qu'ils ne sont pas encore Canadiens.

Je ne pense pas qu'il soit faisable d'essayer de dire qu'en vertu de la Loi sur la citoyenneté, nous allons entreprendre d'imposer toute une gamme de règlements pour prévoir cela, mais accepter certaines autres personnes.

Le sénateur Keon: Est-ce que vous pensez que le processus actuel est équitable? D'après certains, il ne l'est pas, ils ne peuvent pas sortir du dédale de la bureaucratie, et tout le reste. Est-ce que vous êtes convaincue qu'il est équitable de le maintenir?

Mme Birkett: Pour moi, l'équité, c'est que tout le monde soit traité de la même manière. En 2004, je réponds encore à des gens en leur disant voici les règles pour retrouver la citoyenneté. J'aimerais pouvoir continuer de donner la même réponse et ne pas avoir soudainement à changer et à dire «Maintenant, nous avons décidé que même si vous avez fait quelque chose en 1952, nous avons changé les règles». Ce n'est pas juste. Pour moi, «juste» signifie que nous avons des règles uniformes qui s'appliquent de la même manière à tout le monde. L'équité dans le sens de ce qui est gentil ou compatissant, c'est autre chose.

Avec le programme d'immigration, nous avons toujours eu une certaine manière de traiter les gens. En regardant leur situation particulière, nous disons «Cela ne va pas». Je peux vous donner un exemple. J'ai travaillé, au cours de ma carrière, pour les programmes de citoyenneté et d'immigration. Avant 1977, j'ai eu affaire à un couple d'âge moyen. Ils étaient troublés. Ils m'ont expliqué que leur fille était allée vivre en Australie avec son époux. À l'époque, ils avaient adopté la citoyenneté australienne, ce qui signifiait qu'ils avaient perdu leur citoyenneté canadienne, en connaissance de cause. Ils voulaient refaire leur vie en Australie, et c'est ainsi qu'il fallait faire. Ils ont eu cinq enfants. Tout allait bien jusqu'à ce que le mari soit tué dans un accident. Cette femme s'est retrouvée en Australie avec ses cinq enfants, tous nés là-bas, pas des Canadiens. Les parents m'ont dit «Nous aimerions vraiment que notre fille puisse revenir au Canada». En tant

take an application, at those times we used to do a nominated relative form. On the back I write out this sad story to the visa officer saying, "You might want to look at this no matter what her qualifications are as an immigrant because this is a kind of humanitarian situation."

The parents never came back to see me. I was working in a very small office at that time. I strongly believe that if that had not worked, those people would have come to me. They knew that I was saying, "Okay, I can see where this needs to be looked at," in a generous and kind way.

Fairness means the same rules for everybody. The Immigration Act has the room for discretion on a case-by-case basis. The Citizenship Act is more cut and dry. You are either a Canadian or you are not a Canadian. That is it. It is not whether you deserve to be a Canadian, it is whether you are or are not in terms of nationality. It works better that way.

Senator Keon: To someone sitting opposite you who is trying to come in, you come across as a pretty tough lady. I am not sure if I agree with your definition of fairness. At times we have suffocating bureaucracy and that is completely unfair, regardless of what the rules are. Your presentation was excellent and I fully appreciate what you have to say.

I am inundated with doctors who want to become Canadian citizens but I cannot really say that I know of an individual case where someone has not been treated fairly. It seems awfully hard to get into this country when some of the people who are trying to get in could contribute significantly.

Ms. Birkett: It is hard to make decisions about individuals by rules, but if you do not have the rules, it is even worse trying to make decisions about individuals, because then it becomes really arbitrary. By nature, training and career I like a rule system that is out there and everyone knows what it is and we stick to it.

It is fairly easy to resume Canadian citizenship. What I perhaps did not mention in the requirements is that unlike other people they do not have the requirements of language, knowledge and so on. One year, that is a minimal commitment to Canada, and we give them back their citizenship.

We could spend time talking about the ins and outs of the immigration program, but that is not what I am here to talk about today.

The Deputy Chairman: I would like to ask a supplementary on this question of fairness. You are undoubtedly aware of the Supreme Court decision *Benner v. Canada* where the court found that the 1947 act blatantly violated the rights of children born abroad to Canadian women. They then put into effect rights so that the children, even though they were foreign-born of Canadian women, were allowed to return to Canada as Canadian citizens by simply petitioning the government.

qu'agente à l'immigration, j'ai consigné leur demande. À l'époque, nous utilisions une formule de parent nommé désigné. À l'endos, j'ai écrit cette triste histoire à l'agent des visas en disant «Peut-être pourriez-vous regarder ce cas-là, quelles que soient ses compétences en tant qu'immigrante, parce qu'il s'agit de compassion».

Les parents ne sont jamais revenus me voir. Je travaillais dans un très petit bureau à l'époque. Je suis convaincue que si cela n'avait pas fonctionné, ces gens-là seraient revenus me voir. Ils savaient que je disais «D'accord, je peux comprendre pourquoi cette situation est particulière», avec compassion et gentillesse.

L'équité, ça veut dire les mêmes règles pour tout le monde. La Loi sur l'immigration laisse la place à la discrétion, au cas par cas. La Loi sur la citoyenneté est plus stricte. On est Canadien ou on ne l'est pas. Un point c'est tout. Il n'est pas question de mériter d'être Canadien, mais de déterminer si on l'est ou pas, en termes de nationalité. C'est mieux ainsi.

Le sénateur Keon: Aux yeux de quelqu'un qui est assis en face de vous et qui essaie de se faire entendre, vous apparaissez comme quelqu'un d'assez dur. Je ne suis pas sûr d'être d'accord avec votre définition de l'équité. Parfois, notre bureaucratie est absolument suffocante, et tout à faire injuste, quelles que soient les règles. Votre exposé était excellent, et je comprends très bien ce que vous dites.

Je suis submergé de plaidoyers de médecins qui veulent devenir des citoyens canadiens, mais je ne peux pas vraiment dire que je connais un seul cas de quelqu'un qui n'ait pas été traité équitablement. Il apparaît terriblement difficile d'entrer dans ce pays pour des gens qui voudraient y entrer et y faire une importante contribution.

Mme Birkett: Il est difficile de prendre des décisions sur des gens d'après les règles, mais s'il n'y a pas ces règles, c'est encore pire d'essayer de prendre des décisions à propos de gens, parce que là, cela devient vraiment arbitraire. Par nature, par formation et par profession, j'aime un système de règlements bien établi, que tout le monde connaît et qu'on respecte au pied de la lettre.

Il est assez facile de reprendre la citoyenneté canadienne. Ce que je n'ai peut-être pas dit, dans les exigences, c'est qu'au contraire d'autres gens, ils n'ont pas à répondre aux exigences de langue, de connaissances et cetera. Une année, c'est un engagement minimum au Canada, et nous pouvons leur rendre leur citoyenneté.

Nous pourrions passer bien du temps à parler des aléas du programme d'immigration, mais ce n'est pas ce que je suis venue exposer ici, aujourd'hui.

La vice-présidente: J'aimerais poser une autre question, à ce sujet de l'équité. Vous êtes, sans aucun doute, au courant de la décision *Benner c. Canada*, de la Cour suprême, où la Cour a décrété que la loi de 1947 enfreignait de manière flagrante les droits des enfants nés à l'étranger de femmes canadiennes. Elle a donc reconnu des droits afin que les enfants, même s'ils étaient nés à l'étranger de femmes canadiennes, puissent retourner au Canada comme citoyens canadiens tout simplement en en faisant la demande au gouvernement.

In the name of fairness, then, how do you justify not giving the same treatment to children who were born in Canada? In the name of fairness, how can children born of Canadian mothers abroad be treated one way and yet children born in Canada, which this bill is trying to address, are treated a different way?

Ms. Birkett: The situation of *Benner* was that the law was declared unfair. It was declared unfair because at the time Mr. Benner said, "I would like to take advantage of a temporary clause that says children of women can now access citizenship." He was found to be criminally inadmissible. He argued that that was wrong because by requiring him to not be criminally inadmissible, he was being treated differently than the children of fathers. Seeing as he learned that he was being treated differently after the Charter came into force, it was found that the current act is unfair. Therefore, the paragraph under which the children of mothers can access citizenship has been reinterpreted. They do not have to pass through the prohibitions, criminality or take the oath.

The *Benner* decision was really talking about the present act. Whether the 1947 to 1977 legislation was fair by the standards we have in place today is probably a debatable issue. The 1947 act was a product of its time, so it contained all kind of notions that do not exist any more. That was all changed in 1977.

However, we cannot go backwards to undo what happened a long time ago. When faced with a meritorious case today, we can look at the merits of the case. We have all the tools in place to do that.

The Deputy Chairman: If a person needs to stay in Canada for a year before they can resume their citizenship, how do they get into the country and work to earn a living? What processes are in place now to allow them to get into the country in order to meet the one-year criterion?

Ms. Birkett: The person has to first become a permanent resident, which means that the person must apply for an immigrant visa and start living in Canada for one year. The public policy states that when we evaluate whether the person is admissible as an immigrant, we will take into account this humanitarian angle if it is someone who was a Canadian.

The Deputy Chairman: It is a tall order for someone to uproot and come live here as a permanent resident. These people are well into their adult years. It goes to Senator Keon's point; do you not think it is kind of overly bureaucratic?

Ms. Birkett: I do not. I think it is a process that is quite accessible. We are talking about people who have been living outside of Canada for at least 27 years. We are asking them to make this commitment to show that they are sincere and committed to Canada by coming back and living here for that minimal one-year period.

Au nom de l'équité, alors, comment pouvez-vous justifier de ne pas accorder le même traitement aux enfants qui sont nés au Canada? Au nom de l'équité, comment les enfants nés de mères canadiennes à l'étranger peuvent être traités d'une manière, alors que les enfants nés au Canada, et c'est l'objet de ce projet de loi, sont traités autrement?

Mme Birkett: Dans le cas de *Benner*, c'est la loi qui a été déclarée injuste. Elle a été déclarée injuste parce qu'à l'époque, M. Benner a dit «J'aimerais tirer parti d'une disposition temporaire qui dit que les enfants de femmes canadiennes peuvent maintenant avoir la citoyenneté». Il a été déclaré criminellement inadmissible. Il a soutenu que c'était injuste, parce qu'en exigeant qu'il ne soit pas criminellement inadmissible, on l'a traité de manière différente des enfants de parents canadiens. Voyant qu'il était traité autrement après l'entrée en vigueur de la Charte, on a décrété que la loi actuelle est injuste. Par conséquent, le paragraphe voulant que les enfants nés de mères canadiennes puissent obtenir la citoyenneté a été réinterprété. Ils n'ont pas à passer par les interdictions, les dispositions sur la criminalité, ni à être assermentés.

La décision *Benner* concernait réellement la loi actuelle. Que la loi de 1947 à 1977 ait été juste, selon les normes que nous appliquons aujourd'hui, est probablement une question à débattre. La loi de 1947 était un produit de son époque, et donc elle contenait toutes sortes de notions qui n'existent plus. Tout cela a changé en 1977.

Cependant, nous ne pouvons pas revenir et refaire ce qui est arrivé il y a très longtemps. Face à un cas valable en droit de nos jours, nous pouvons examiner les mérites du cas. Nous avons tous les outils qu'il faut pour cela.

La vice-présidente: Si quelqu'un a besoin de rester au Canada pendant un an avant de ravoir sa citoyenneté, comment peut-il entrer au pays et travailler pour gagner sa vie? Quels sont les processus en place maintenant pour lui permettre de vivre au pays de manière à respecter le critère d'un an?

Mme Birkett: La personne doit d'abord devenir résidente permanente, ce qui signifie qu'elle doit demander un visa d'immigrant et commencer par vivre au Canada pendant un an. Selon la politique officielle, lorsque nous évaluons l'admissibilité de la personne en tant qu'immigrant, nous devons prendre en compte cette perspective humanitaire si c'est quelqu'un qui a déjà été citoyen canadien.

La vice-présidente: C'est une oeuvre de taille pour quelqu'un de s'arracher de ses racines et venir vivre ici comme résident permanent. Ces gens-là sont des gens d'âge mûr. Cela revient à ce que disait le sénateur Keon; ne trouvez-vous pas que c'est excessivement bureaucratique?

Mme Birkett: Non, je ne le pense pas. Je pense que c'est un processus qui est tout à fait accessible. Il s'agit ici de gens qui ont vécu hors du Canada pendant au moins 27 ans. Nous leur demandons de démontrer leur engagement et leur sincérité à l'égard du Canada en y revenant et en vivant ici pendant cette période minimale d'un an.

Senator Callbeck: I want to get clear in my own mind what the situation is now and what it would be with this legislation. People who have lost their Canadian citizenship and want to get it back, under the present legislation, could be turned down for reasons of security or criminal offence?

Ms. Birkett: Yes.

Senator Callbeck: With this new legislation, those reasons would be eliminated?

Ms. Birkett: Yes, for those who were lost as minors. That is because people would no longer have to go through the immigration process. It is that process that has the fine filter on criminality and security.

Senator Callbeck: You say that in 2003 a public policy was implemented to make it easier for persons who lost their citizenship as minors to obtain permanent resident status in Canada. I would like to know what that policy is.

When I was an MP I dealt with a lot of people who found it difficult to get that Canadian citizenship. How was it eased in 2003?

Ms. Birkett: This was an immigration public policy, not a citizenship one as such, although it related to the circumstances under the Citizenship Act. There was a news release issued back in 2003 in respect of people who lost their citizenship as minors. I will quote what Minister Coderre said:

I have listened to the concerns of former Canadians ... and I'm willing to apply more lenient rules to these cases. ... To this end, I have asked my officials to ensure that these cases are dealt with as quickly as possible under Canada's current immigration and citizenship legislation. ... The normal selection criteria for permanent residence will be waived for these individuals. I have also instructed that an exemption from the medical inadmissibility requirement related to excessive demand on the health-care system be granted to these people.

Those are the two key elements that make it easier for people in this situation. First, they not expected to meet the immigration selection criteria — the point system, if you will. Second, the usual inadmissibility with respect to people who represent excessive demand on the social medical system is waived for those people. That is why I answered earlier that this really was not about medicare.

Senator Callbeck: Do you know how many people this might affect? Is it hundreds or thousands?

Ms. Birkett: We do not know how many moved and are living somewhere else since 1947 or even before. It is hard to say.

I do have some statistics here. In the past five years, 215 people have resumed citizenship. I cannot tell you how many lost it when they were minors. We know that those people who have a serious

Le sénateur Callbeck: Je voudrais tirer au clair ce qu'est la situation actuellement, et ce qu'elle serait avec cette loi. Les gens qui ont perdu leur citoyenneté canadienne et veulent la retrouver, en vertu de la loi actuelle, pourraient être refusés pour des raisons de sécurité ou d'infraction criminelle?

Mme Birkett: Oui.

Le sénateur Callbeck: Avec cette nouvelle loi, ces motifs seraient supprimés?

Mme Birkett: Oui, pour ceux qui ont perdu leur citoyenneté quand ils étaient mineurs. C'est parce que les gens n'auraient plus à passer par le processus d'immigration. C'est ce processus qui comporte le filtre de la criminalité et de la sécurité.

Le sénateur Callbeck: Vous dites qu'en 2003, une politique officielle est entrée en vigueur pour faciliter aux personnes qui ont perdu leur citoyenneté quand elles étaient mineures d'obtenir le statut de résident permanent au Canada. J'aimerais savoir ce qu'est cette politique.

Lorsque j'étais député, j'ai eu affaire à bien des gens qui trouvaient difficile d'obtenir cette citoyenneté canadienne. En quoi est-ce plus facile en 2003?

Mme Birkett: C'était une politique ministérielle d'immigration, pas de citoyenneté en tant que telle, bien qu'elle ait eu un lien avec les situations prévues dans la Loi sur la citoyenneté. Un communiqué de presse a été diffusé, en 2003, au sujet des personnes qui avaient perdu leur citoyenneté avant l'âge adulte. Je vais citer ce qu'a dit le ministre Coderre à l'occasion:

J'ai écouté les préoccupations d'anciens Canadiens [...] et j'ai la volonté d'appliquer des règles beaucoup moins rigides dans leurs cas [...] Pour ce faire, j'ai demandé aux responsables de s'assurer de traiter ces cas le plus rapidement possible en vertu des dispositions législatives en vigueur sur l'immigration et la citoyenneté. [...] Ces personnes seront exemptées des critères normaux de sélection pour la résidence permanente. [...] J'ai également demandé que ces personnes soient dispensées de l'exigence sur le fardeau excessif en matière de soins médicaux.

Ce sont là deux éléments clés qui facilitent la vie aux gens qui sont dans cette situation. Tout d'abord, on n'attend pas d'eux qu'ils répondent aux critères de sélection — le système de points, si l'on veut. Deuxièmement, ces gens ne peuvent être déclarés inadmissibles parce qu'ils présentent un fardeau excessif en matière de soins médicaux. C'est pourquoi j'ai répondu plus tôt que ceci n'est vraiment pas au sujet des soins médicaux.

Le sénateur Callbeck: Savez-vous combien de personnes cela pourrait toucher? Est-ce que c'est de l'ordre de centaines de milliers?

Mme Birkett: Nous ne savons pas combien ont déménagé ou sont allés vivre ailleurs depuis 1947, ou même avant. C'est difficile à dire.

J'ai cependant quelques statistiques, ici. Depuis cinq ans, 215 personnes ont repris leur citoyenneté. Je ne peux pas vous dire combien l'avaient perdue alors qu'elles étaient mineures.

intention to return and live here have been able to go through that process. The requirement is to come back. We do not know how many people are out there who have no interest in coming back or are perfectly happy under the conditions they are. I should say that most of the cases I have seen are people who had moved to the United States.

Senator Fairbairn: When you say that it is mostly in the United States, are there any records to indicate whether the people who are seeking to return are elderly people or people who are prompted for medical reasons to want to come back to Canada?

Ms. Birkett: No. By the numbers, they are inevitably people who lost citizenship before February 1977. Therefore the youngest of these people could only be 27 years old. They are certainly older than that. I do not like to speculate. It is anecdotal. I occasionally see a letter of information. They are people born in the 1930s who are seeking citizenship now. I cannot tell you whether they are returning for medical reasons.

Senator Fairbairn: What about the situation of people who have been abroad and, in the interim, have been convicted of crimes? Is there an open door for them to return?

Ms. Birkett: Are you referring to people who were formerly Canadian?

Senator Fairbairn: Yes.

Ms. Birkett: The door is not open for people to obtain a permanent resident's visa if they have been convicted of a serious crime. A crime such as shoplifting is a different matter; but when I say "crime," I am talking about acts equivalent to indictable offences listed in our Criminal Code.

Senator Fairbairn: That would come into play.

Ms. Birkett: Yes it would at this time, because the people have to go through the immigration process first.

The Deputy Chairman: You may not be familiar with the following case. I read a newspaper account of a teacher in Kelowna, British Columbia, Ms. Magali Castro-Gyr, who happens to be fluent in French, English and Spanish. According to the story, she has spent \$20,000 in legal fees to reclaim her stolen birthright. She was born in Montreal, a fourth-generation Canadian. Her father immigrated to Canada from France in 1952 and became a Canadian citizen in 1958. In 1968, he took a job in the United States on a green card and became a U.S. citizen in 1975 when Magali was 16 years old, at which point she ceased to be a Canadian citizen. She is quoted in the article as saying that as a minor, she was the property of her father and his act of obtaining American citizenship caused her to lose her Canadian citizenship. She says, "Today, I am being denied my right to preserve my birthright as a Canadian." The article states that, "ironically, in the year 2000, her father resumed his Canadian citizenship, but not Magali." Furthermore, she was able to sponsor her Swiss-born husband into Canada and he became a citizen. Today, he is a Canadian citizen but she is not.

Nous savons que les gens qui sont déterminés à revenir vivre ici ont pu passer ce processus. L'exigence, c'est de revenir. Nous ne savons pas combien vivent ailleurs, qui n'ont aucune intention de revenir vivre ici, ou qui sont parfaitement heureux là où ils vivent. Je devrais dire que la plupart des cas que j'ai vus sont ceux de gens qui étaient allés vivre aux États-Unis.

Le sénateur Fairbairn: Lorsque vous dites que c'est pour la plupart des gens qui sont allés vivre aux États-Unis, y a-t-il des registres où on peut savoir si les gens qui veulent revenir sont des personnes âgées, ou des personnes motivées par des besoins médicaux à revenir au Canada?

Mme Birkett: Non. Par les chiffres, on sait inévitablement que ce sont des gens qui ont perdu leur citoyenneté avant février 1977. Par conséquent, le plus jeune de ceux-là pourrait n'avoir que 27 ans. Ils sont probablement plus vieux que cela. Je n'aime pas faire d'hypothèse. C'est tout à fait anecdotique. Il m'arrive de voir des lettres d'information. Il y a des gens nés dans les années 30, qui veulent ravoir leur citoyenneté maintenant. Je ne peux pas vous dire s'ils reviennent pour des raisons médicales.

Le sénateur Fairbairn: Qu'en est-il des gens qui ont été à l'étranger et qui, entre-temps, ont été déclarés coupables de crimes? Y a-t-il une porte qui leur est ouverte pour revenir?

Mme Birkett: Est-ce que vous parlez de gens qui étaient Canadiens auparavant?

Le sénateur Fairbairn: Oui.

Mme Birkett: La porte n'est pas ouverte sur l'obtention d'un permis de résident permanent pour les gens qui ont été déclarés coupables de crimes graves. Pour un délit comme le vol à l'étalage, c'est autre chose; mais lorsque je dis «crime», je parle d'actes équivalant aux actes criminels prévus dans notre Code criminel.

Le sénateur Fairbairn: Cela pourrait entrer en ligne de compte.

Mme Birkett: Oui, c'est possible maintenant, parce que les gens doivent d'abord passer par le processus d'immigration.

La vice-présidente: Peut-être ne connaissez-vous pas le cas suivant. J'ai lu dans le journal l'histoire d'une enseignante de Kelowna, en Colombie-Britannique, Mme Magali Castro-Gyr, qui parle couramment le français, l'anglais et l'espagnol. D'après l'article, elle a dépensé 20 000 \$ en frais juridiques pour ravoir ses droits qui lui avaient été volés. Elle est née à Montréal, c'est une Canadienne de la quatrième génération. Son père a immigré au Canada de la France en 1952 et est devenu citoyen canadien en 1958. En 1968, il a pris un emploi aux États-Unis, avec la carte verte, et est devenu citoyen américain en 1975, alors que Magali avait 16 ans, et à ce moment-là elle a cessé d'être citoyenne canadienne. L'article la cite quand elle dit qu'en tant que mineure, elle était la propriété de son père et que le fait qu'il ait obtenu la citoyenneté américaine lui a fait perdre à elle la citoyenneté canadienne. Elle dit «Aujourd'hui, on me refuse mon droit de conserver ma nationalité canadienne». L'article dit que «ironiquement, en 2000, son père a retrouvé sa citoyenneté canadienne, mais pas Magali». De plus, elle a pu parrainer son mari, d'origine suisse, pour qu'il vienne au Canada, et il est devenu citoyen. Aujourd'hui, il est citoyen canadien, mais pas elle.

There might be circumstances in this particular case that you are not able to comment on but that is the kind of story that makes the national news and causes people to tear their hair out.

Ms. Birkett: You are aware that I cannot talk about the individual case and reveal any information. The complete story is never in the paper.

The Deputy Chairman: This particular story aside, when a Canadian citizen moves to the United States, takes out U.S. citizenship and then returns to Canada, does the child of that individual not have some rights? Obviously, the child is not even aware that citizenship is transferable with the parent.

Are you saying in your testimony that, as a general rule, normally this would not be a problem? If a person's citizenship is taken away without their knowledge by the fact that the parent had moved to the United States, and they follow the normal process, this would not have been a problem because Canadian citizenship had been established by right of birth in Canada?

Ms. Birkett: I have some question about the notion that people do not know. People who have been living in other countries for many years needed a travel document. If they thought they were Canadian, they had to apply for a Canadian passport. There are questions on the passport application that would have lead the passport office to refer that person to citizenship authorities who might decide that the individual is not Canadian.

I do not know how that happened and each case is different. When people say that they did not know, that is possible; and we occasionally run into such a situation. Suppose a person returned to Canada at the age of 22 with an old birth certificate in hand at the land border, went forward and said that they did not know.

Today, that person may come forward and says, "Oops, I am now 65 and I have been here for many years but I did not know that I had ceased to be Canadian." We have ways to deal with a person in such a circumstance. We have a policy in our books to deal with just such a case. We occasionally run into very strange stories. A person may have been born outside Canada and brought back as a babe in arms and the whole story was not told at the border. The person may learn the complete story many years later but we have plenty of ways to deal with those cases; and we do deal with them.

The Deputy Chairman: That was the intent of my question.

Ms. Birkett: Cases have been dealt with and successfully resolved, shall I say?

The Deputy Chairman: When Canadians now go to the United States and work on a green card, and eventually apply for and obtain U.S. citizenship, do they retain their Canadian citizenship?

Ms. Birkett: They do today because we no longer have the rules in place that say you cease to be Canadians.

Peut-être ne pouvez-vous pas commenter certains aspects de ce cas particulier, mais c'est le genre d'histoire qui fait les manchettes de journaux nationaux et qui font les gens s'arracher les cheveux.

Mme Birkett: Vous savez que je ne peux pas parler d'un cas particulier ni révéler aucune information. Les journaux ne disent jamais toute l'histoire.

La vice-présidente: Ce cas particulier à part, lorsqu'un citoyen canadien va vivre aux États-Unis, prend la citoyenneté américaine et retourne au Canada, est-ce que l'enfant de cette personne n'a pas quelque droit? De toute évidence, l'enfant n'est même pas conscient du fait que la citoyenneté est transférable avec le parent.

Est-ce que vous dites, dans votre témoignage, qu'en règle générale, normalement, ce ne serait pas un problème? Si la citoyenneté de quelqu'un lui est retirée à son insu parce son parent est allé vivre aux États-Unis, et si cette personne suit le processus normal, cela ne devrait pas poser de problème parce que la citoyenneté canadienne avait été établie par le droit de naissance au Canada?

Mme Birkett: Je me demande comment on peut ne pas savoir. Les gens qui vivent dans d'autres pays pendant de nombreuses années ont besoin d'un document de voyage. S'ils pensaient être Canadiens, ils devaient demander un passeport canadien. Il y a des questions, sur la demande de passeport, qui auraient amené le Bureau des passeports à signaler quelqu'un dans cette situation aux autorités de la Citoyenneté, qui peuvent décider que cette personne n'est pas canadienne.

Je ne sais pas comment cela a pu arriver, et chaque cas est différent de l'autre. Lorsque les gens disent qu'ils ne savaient pas, c'est une possibilité; et il arrive que nous voyions ce genre de situation. Supposez qu'une personne revenue au Canada à l'âge de 22 ans se présente à la frontière avec un vieux certificat de naissance en main; elle est passée et a affirmé ne pas savoir.

Aujourd'hui, cette personne pourrait venir et dire «Oups, j'ai maintenant 65 ans, je suis ici depuis de nombreuses années, mais je ne savais pas que je n'étais plus canadienne». Nous avons des moyens pour composer avec quelqu'un qui est dans cette situation. Nous avons une politique, dans nos livres, pour composer exactement avec ce genre de cas-là. Il nous arrive parfois d'entendre des histoires très bizarres. Quelqu'un peut être né hors du Canada, et arriver bébé au pays, dans les bras d'un parent, sans que tous les détails soient donnés au passage de la frontière. La personne pourrait apprendre toute l'histoire bien des années après, mais nous avons toutes sortes de moyens pour composer avec ces cas-là; et nous le faisons.

La vice-présidente: C'est l'objet de ma question.

Mme Birkett: Nous avons eu affaire à ces cas-là et ils ont été résolus. C'est ce que vous voulez entendre?

La vice-présidente: Lorsque des Canadiens vont maintenant aux États-Unis et travaillent avec la carte verte, et en fin de compte, ils demandent et obtiennent la citoyenneté américaine, est-ce qu'ils conservent leur citoyenneté canadienne?

Mme Birkett: Aujourd'hui, oui, parce que nous n'avons plus les règles voulant qu'on cesse d'être Canadien.

The Deputy Chairman: Do the Americans make that demand?

Ms. Birkett: The Americans are wonderful people — I am married to one — but they have some strange rules and the Oath of Citizenship in the United States is an oath of renunciation. It says, “I hereby renounce all my loyalty...” et cetera, et cetera.

The Deputy Chairman: We do not make it binding in Canada.

Ms. Birkett: No, but I have heard people say they did not know about taking that kind of oath. At least, they should have checked it out because that oath has been in place for a very long time.

Under American law, you cease to be American if you swear allegiance to another country. We know that people have challenged that in the United States courts and, depending upon the circumstances of your particular case, that rule might not apply. I am happy that we have, in my view, more transparent rules that are clear and readily available.

The Deputy Chairman: I am certain that many Canadians, because of their contributions to the Canada Pension Plan, would not appreciate becoming ineligible for their CPP benefits by retiring to the U.S. and losing their Canadian citizenship.

Ms. Birkett: Many of the social benefits are not based on citizenship but on contribution. Medicare is based on residency status. Many of the peripheral issues have nothing to do with citizenship. Rather they pertain to the tax rules, which are based on residency. I do not claim to be an expert on all of those rules.

The Deputy Chairman: At any rate, they would not affect one another.

Ms. Birkett: CPP benefits have nothing to do with citizenship.

The Deputy Chairman: On behalf of the committee, I would like to thank our witnesses for appearing and providing excellent testimony in respect of Bill S-17.

The committee adjourned.

La vice-présidente: Est-ce que les Américains l'exigent?

Mme Birkett: Les Américains sont des gens merveilleux — j'en ai épousé un — mais ils ont des drôles de règles et le serment de citoyenneté, aux États-Unis, est un serment de renonciation. Il dit: «I hereby renounce all my loyalty [...]» et cetera, et cetera.

La vice-présidente: Nous n'exigeons pas cela au Canada.

Mme Birkett: Non, mais j'ai entendu des gens dire qu'ils n'étaient pas au courant qu'ils devaient faire ce genre de serment. À tout le moins, ils auraient dû le vérifier parce que cette exigence est en vigueur depuis très longtemps.

Selon la loi américaine, vous cessez d'être Américain si vous prêtez serment d'allégeance à un autre pays. Nous savons que des gens l'ont contesté devant les tribunaux aux États-Unis et, dans des cas particuliers, cette règle pourrait ne pas s'appliquer. Je suis heureuse que nous ayons, selon moi, des règles plus transparentes, qui sont claires et facilement accessibles.

La vice-présidente: Je suis sûre que de nombreux Canadiens qui ont cotisé au Régime de pension du Canada n'apprécieraient pas de devenir inadmissibles à leurs prestations de retraite s'ils vont vivre aux États-Unis et qu'ils perdent leur citoyenneté canadienne.

Mme Birkett: Un grand nombre des prestations sociales ne dépendent pas de la citoyenneté, mais des cotisations. L'assurance maladie dépend de la situation de résidence. Bien des aspects auxiliaires n'ont rien à voir avec la citoyenneté. Ils concernent des règlements fiscaux, qui sont fondés sur la résidence. Je ne prétends pas être experte sur toutes ces règles.

La vice-présidente: Quoi qu'il en soit, elles n'auraient pas d'incidence l'une sur l'autre.

Mme Birkett: Les prestations du Régime de pension du Canada n'ont rien à voir avec la citoyenneté.

La vice-présidente: Au nom du comité, je tiens à remercier nos témoins d'être venus et d'avoir présenté un excellent témoignage au sujet du projet de loi C-7.

La séance est levée.

Thursday, April 22, 2004

from Mercer Human Resource Consulting:

Bernard Potvin, Principal.

from the Canadian Taxpayers Federation:

Bruce Winchester, Research Director.

from Citizenship and Immigration Canada:

Patricia Birkett, Acting Director General, Integration Branch.

from the Department of Justice:

Manon Lefebvre, Legal Counsel.

Le jeudi 22 avril 2004

De Mercer consultation en ressources humaines:

Bernard Potvin, conseiller principal.

De la Fédération canadienne des contribuables:

Bruce Winchester, directeur de recherche.

Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:

Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration.

Du ministère de la Justice:

Manon Lefebvre, conseillère juridique.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

Tuesday, April 20, 2004

From the Government of Australia:

Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference);

Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference).

Wednesday, April 21, 2004

From the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction:

Richard Brière, Assistant Director.

From the Douglas Hospital:

Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University.

From the Centre for Suicide Prevention:

Diane Yackel, Executive Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 20 avril 2004

Du gouvernement de l'Australie:

Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence);

Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence).

Le mercredi 21 avril 2004

De l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies:

Richard Brière, directeur adjoint.

De l'Hôpital Douglas:

Le Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill.

Du Centre for Suicide Prevention:

Diane Yackel, directrice exécutive.

(Suite à la page précédente)





Third Session
Thirty-seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, April 28, 2004
Thursday, April 29, 2004

Issue No. 7

Fifth and sixth meetings on:

Mental health and mental illness
and

Third and final meeting on:

Bill C-24, An Act to amend
the Parliament of Canada Act
and

Second meeting on:

Bill S-17, An Act to amend
the Citizenship Act

INCLUDING:

THE FIFTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill C-24)

WITNESSES:

(See back cover)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 28 avril 2004
Le jeudi 29 avril 2004

Fascicule n° 7

Cinquième et sixième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale
et

Troisième et dernière réunion concernant:

Le projet de loi C-24, Loi modifiant
la Loi sur le Parlement du Canada
et

Deuxième réunion concernant:

Le projet de loi S-17, Loi modifiant
la Loi sur la citoyenneté

Y COMPRIS:

LE CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le projet de loi C-24)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C., (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, P.C. Forrestall	Léger * Lynch-Staunton (or Kinsella) Morin Robertson Roche
---	---

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), the membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Léger was substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*April 26, 2004*).

The name of the Honourable Senator Lynch-Staunton was substituted for that of the Honourable Senator Keon (*April 28, 2004*).

The name of the Honourable Senator Forrestall was substituted for that of the Honourable Senator Rossiter (*April 29, 2004*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p. (ou Rompkey, c.p.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, c.p. Forrestall	Léger * Lynch-Staunton (ou Kinsella) Morin Robertson Roche
--	---

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Léger est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 26 avril 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Lynch-Staunton est substitué à celui de l'honorable sénateur Keon (*le 28 avril 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Forrestall est substitué à celui de l'honorable sénateur Rossiter (*le 29 avril 2004*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 28, 2004
(14)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:15 p.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Kirby, LeBreton, Léger, Lynch-Staunton and Morin (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos, Odette Madore and Benjamin Dolin.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5.*)

WITNESSES:

From the Alberta Mental Health Board:

Ray Block, Chief Executive Officer;

Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy & Liaison.

From the Nova Scotia Department of Health:

Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services.

From the British Columbia Ministry of Health Services:

Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions.

Ray Block, James Millar and Irene Clarkson each made a presentation and answered questions with Sandra Harrison.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, March 29, 2004, the committee continued its study on Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5.*)

The Honourable Senator LeBreton moved, that the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved that Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act be reported to the Senate without amendment but with observations.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 avril 2004
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Kirby, LeBreton, Léger, Lynch-Staunton et Morin (8).

Également présents: Howard Chodos, Odette Madore, et Benjamin Dolin, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude des questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des Délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

Du Alberta Mental Health Board:

Ray Block, directeur général.

Sandra Harrison, directrice, Planification, défense des droits et liaison.

Du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse:

Le Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins.

Du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique:

Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie.

Ray Block, James Millar et Irene Clarkson présentent chacun un exposé et répondent aux questions avec Sandra Harrison.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 29 mars 2004, le comité poursuit son étude du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 5 des Délibérations du comité.*)

L'honorable sénateur LeBreton propose que le comité renonce à l'étude article par article du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, c.p., propose que le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, soit renvoyé au Sénat sans amendement, mais avec des observations.

The question being put on the motion, it was adopted, on division.

At 6:17 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 29, 2004
(15)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:07 a.m. in room 257, East Block, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Forrestall, LeBreton, Léger and Morin (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Odette Madore, Timothy Riordan and Benjamin Dolin.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (For complete text of order of reference, see *Proceedings of the Committee, Issue No. 5.*)

WITNESSES:

From the Correctional Service of Canada:

Larry Motiuk, Director General, Research;

Françoise Bouchard, Director General, Health Services.

From Simon Fraser University:

Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy (by videoconference).

From Human Resources and Skills Development Canada:

Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness;

Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness.

As an individual:

Pat Capponi.

Pat Capponi, Françoise Bouchard, Larry Motiuk and Bill Cameron each made a presentation and answered questions with Marie-Chantal Girard.

La motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

À 18 h 17, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 29 avril 2004
(15)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 07, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Forrestall, LeBreton, Léger et Morin (7).

Également présents: Odette Madore, Timothy Riordan et Benjamin Dolin, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 5 des *Délibérations du comité*.)

TÉMOINS:

Du Service correctionnel du Canada:

Larry Motiuk, directeur général, Recherche;

Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé.

De l'Université Simon Fraser:

Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale (par vidéoconférence).

De Ressources humaines et Développement des compétences Canada:

Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri.

Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri.

À titre personnel:

Pat Capponi.

Pat Capponi, Françoise Bouchard, Larry Motiuk et Bill Cameron présentent chacun un exposé et répondent aux questions avec Marie-Chantal Girard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, April 1, 2004, the Committee continued its study on Bill S-17, An Act to amend the Citizenship Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 6.*)

WITNESSES:

As individuals:

Don Chapman;

Charles Bosdet.

Charles Bosdet and Don Chapman each made a presentation and answered questions.

At 1:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} avril 2004, le comité poursuit son étude du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 6 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

À titre personnel:

Don Chapman;

Charles Bosdet.

Charles Bosdet et Don Chapman présentent chacun un exposé et répondent aux questions.

À 13 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, April 29, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

FIFTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act, has, in obedience to the Order of Reference of Monday, March 29, 2004, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Your Committee appends to this report certain observations on the Bill.

Respectfully submitted,

Pour le président,

JOYCE FAIRBAIRN, P.C./c.p.

For the Chair

OBSERVATIONS

**to the Fifth Report
of the Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology**

Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act, is intended to allow retired parliamentarians aged between 50 and 55 to continue receiving health, dental and life insurance benefits, even though they are not entitled to their pension during that period as the Act specifies that MP pensions cannot be paid until the retiree has reached age 55.

To justify this amendment, it was argued before the Committee that the benefits for retired Parliamentarians are essentially identical to the benefits provided to retired public servants. In actual fact, public servants have an option to retire as early as age 50, suffering a penalty in the form of a reduced pension but continuing their benefit plan coverage. This option is not available to Parliamentarians due to the terms of the Members of Parliament Retiring Allowances Act.

Proponents of Bill C-24 suggest that it fills a gap in coverage and brings retirement benefits for Parliamentarians in line with those of public servants. Witnesses appearing before the Committee, however, disagreed. Individuals who have left the public service do not have the option of benefit plan coverage between the ages of 50 and 55 prior to receiving their pensions. In essence, it was argued that the government is legislating a double standard: one for former Parliamentarians and one for retired public servants. The Committee was also informed that the vast majority of private plans require that retirees be in receipt of their pension before any health or dental benefits become available.

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 29 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

CINQUIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, a, conformément à l'ordre de renvoi du lundi 29 mars 2004, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Votre Comité joint à ce rapport certaines observations au sujet du projet de loi.

Respectueusement soumis,

OBSERVATIONS

**concernant le Cinquième rapport
du Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, vise à permettre aux parlementaires retraités, âgés entre 50 et 55 ans, de continuer d'être admissibles aux régimes de soins de santé, de soins dentaires et d'assurance-vie même s'ils n'ont pas droit à leur pension durant cette période puisque la loi précise qu'ils ne peuvent toucher de prestations de retraite avant d'avoir atteint l'âge de 55 ans.

Pour justifier cet amendement, des témoins ont fait valoir au Comité que les prestations des parlementaires retraités sont à toutes fins utiles identiques à celles des fonctionnaires retraités. En fait, les fonctionnaires peuvent prendre leur retraite dès 50 ans sous réserve d'une pénalité, soit la réduction de leur pension, mais ils ne perdent pas pour autant leur droit au régime des prestations. Cette option n'est pas disponible aux parlementaires à cause du libellé de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires.

Les tenants du projet de loi C-24 affirment que celui-ci comble une lacune dans la couverture et qu'il harmonise les prestations des parlementaires avec celles des fonctionnaires. Or, certains témoins entendus par le Comité ont contesté cette affirmation. Les fonctionnaires qui quittent la fonction publique ne sont pas admissibles au régime des prestations entre 50 et 55 ans avant de toucher leur pension. Bref, on a soutenu que le gouvernement légifèrait une double norme, une pour les anciens parlementaires et une autre pour les fonctionnaires retraités. Le Comité a également appris que la grande majorité des régimes privés exigent que les retraités touchent leur pension avant d'avoir droit aux prestations de soins de santé ou de soins dentaires.

The Committee understands that the impetus for this Bill lay in the circumstances of one particular Member of Parliament, but that others are also affected. While we are supportive of the specific case, the Committee does have concerns about the process followed; in particular, the use of legislation that amends legislation of general application and impacts a broad policy area, with little debate or public input, when other means may have been available to address an individual situation.

Unfortunately, the Bill's underlying objectives and overall impact were not addressed in any detail in the House of Commons, where it was passed pursuant to the terms of a House Order at all stages in less than one hour, with minimal debate and without committee review. At the very least, other non-legislative options should have been considered to accommodate a unique situation, such as an Order in Council or through internal administrative means. If there is a legislative oversight or gap, it ought to be addressed in the regular legislative course. The amendments contemplated in this Bill could be presented as part of omnibus legislation or in the context of future revisions to the Parliament of Canada Act, or to the Members of Parliament Retiring Allowances Act, thereby ensuring that they are analyzed and debated in a thorough manner with greater public participation and input.

The long-term ramifications of this bill are also unclear. Witnesses suggested that it might, for example, set a precedent that could impact future public service collective bargaining. The extension of these benefits to Parliamentarians could result in nearly half a million federal employees requesting similar pre-pension health and dental benefits.

The Committee is particularly concerned about public perception of legislation that is "fast-tracked," a concern that is amplified when a bill addresses compensation or benefits for Parliamentarians. It is even more troublesome in this instance, as we are asked to approve increased healthcare benefits for Parliamentarians at a time when broader public healthcare issues desperately need to be addressed by government. While such bills may be eminently defensible and necessary, we must be more sensitive to the added cynicism they may engender among Canadians.

The dilemma facing the Committee was that we sympathize with the situation of the individual retiring Parliamentarian, who wishes to have continuous coverage and appears to have been caught in an inadvertently created gap, but at the same time the Committee is concerned that this legislation appears to be providing Parliamentarians with benefits which are superior to those available to civil servants when that was not the stated intention.

Le Comité comprend que les origines du projet de loi résident dans les circonstances d'un député en particulier mais que d'autres sont également touchés. Tout en étant favorable au cas en question, le Comité s'inquiète du processus suivi, plus particulièrement de l'utilisation d'une mesure législative qui modifie une loi d'application générale et qui a des répercussions sur un vaste secteur de politique gouvernementale sans grand débat ni participation du public alors que le cas aurait sans doute pu être réglé autrement.

Malheureusement, les objectifs sous-jacents du projet de loi et son impact général n'ont pas été discutés à la Chambre des communes où il a été adopté en vertu d'un ordre de la Chambre après avoir franchi toutes les étapes en moins d'une heure sans grand débat et sans être étudié en Comité. On aurait pu à tout le moins examiner d'autres options non législatives afin de régler ce cas unique, par exemple un décret ou une procédure administrative interne. Si c'est une question d'omission ou de lacune législative, cette omission ou lacune devrait être examinée dans le cadre de la procédure législative habituelle. Les amendements envisagés dans ce projet de loi pourraient faire partie d'un projet de loi omnibus ou être présentés dans le cadre des révisions futures de la Loi sur le Parlement du Canada ou de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires, ce qui garantirait qu'ils seraient analysés et débattus à fond et que le public aurait son mot à dire.

De plus, les conséquences à long terme de ce projet de loi ne sont pas claires. Selon des témoins, il pourrait par exemple établir un précédent qui influencerait sur l'avenir des négociations collectives dans la fonction publique. L'octroi de ces prestations aux parlementaires pourrait amener un demi-million de fonctionnaires fédéraux à demander des prestations de soins de santé et de soins dentaires analogues avant de toucher leur pension.

Le Comité s'inquiète tout particulièrement de la perception chez la population d'un projet de loi adopté à la hâte, inquiétude qui est amplifiée par le fait que le projet de loi traite de rémunération ou de prestations pour les parlementaires. C'est d'autant plus inquiétant qu'on nous demande d'approuver des prestations de soins de santé plus élevées pour les parlementaires alors que le système de santé est aux prises avec de graves problèmes que le gouvernement doit résoudre de toute urgence. Alors que de tels projets de loi peuvent être défendables et nécessaires, nous devons être sensibles au cynisme accru qu'il peut engendrer chez les Canadiens.

Le dilemme du Comité est qu'il sympathise avec la situation du parlementaire qui se retire, qui désire continuer de se prévaloir des régimes et qui semble être victime d'une lacune créée par inadvertance. Il est toutefois préoccupé par le fait que cette mesure législative semble accorder aux parlementaires des avantages supérieurs à ceux auxquels ont droit les fonctionnaires alors que ce n'était pas là le but visé.

A better approach might have been to amend the Members of Parliament Retiring Allowances Act to permit former Parliamentarians to take a reduced pension prior to age 55 and receive plan coverage, making the system and choices more comparable to those available to former civil servants.

That was not an option open to the Committee, but is one, which we suggest for future consideration.

Une meilleure approche aurait peut-être été de modifier la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires afin de permettre aux anciens parlementaires de toucher une pension moindre jusqu'à l'âge de 55 ans et de se prévaloir des régimes de telle sorte que le système et les choix auraient été davantage comparables à ceux des anciens fonctionnaires.

Ce n'était pas une option que le Comité pouvait envisager, mais il serait bon qu'elle le soit à l'avenir.

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 28, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, we have with us today representatives of three provinces, Alberta, British Columbia, and Nova Scotia. Thank you all very much for coming from the far ends of the country.

As you know, we have been doing a study on mental health sort of as a sequel, but not quite, to our other study. It is a sequel in the sense that we are focusing on a specific part of the health care system rather than the broad acute care system, which we did before. It is not a sequel in the sense that the problems and the delivery system are clearly different. The piece of work stands on its own.

Our schedule keeps getting interrupted by things like Parliament being prorogued and in a couple of weeks, presumably, Parliament being dissolved. Nonetheless, we soldier on through these changes in the schedule.

Our plan is as follows: We will issue an options paper that will outline the issues and dealing with them as we see it. We will issue that late this year before we adjourn for Christmas. During the first six months of next year, we will do a series of cross-country hearings to get reaction to the various options. Therefore, we will be back to see you on your home turf because we will visit every province while we do that. After that we will issue a final set of recommendations in the fall of 2005.

We are delighted you took the time to come talk to us today because you are the people responsible in many ways for delivering those mental health services that are technically part of the Canada Health Act and overseeing other services that are not technically part of the Canada Health Act, and which are funded by public funding, NGOs and others.

Clearly, one of the issues we have been struggling with is how the system ought to be structured. If one were to set out to design a health care system in Canada from scratch today, one would not produce a system in which only hospitals and doctors are funded at 100 per cent. There would be different delivery system with people at one end of the income scale paying nothing and people at the other end paying something.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans le but d'examiner les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Sénateurs, nous accueillons aujourd'hui des représentants des provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. Merci à tous d'être venus de si loin.

Comme vous le savez, nous sommes en train d'examiner les soins de santé mentale. Cette analyse fait suite, dans une certaine mesure, à l'étude que nous avons déjà réalisée, sauf qu'elle porte sur un aspect précis du système de soins de santé, et non sur l'ensemble des soins actifs, sujet que nous avons déjà exploré. Les problèmes qui existent dans ce domaine et les services offerts sont très différents. Il s'agit donc d'une étude distincte.

Notre horaire est souvent perturbé. Par exemple, le Parlement a été prorogé et, dans quelques semaines, il sera vraisemblablement dissout. Mais nous poursuivons notre travail malgré tout.

Notre plan est le suivant: nous allons préparer un document de discussion sur les problèmes et les solutions possibles, document que nous allons déposer à la fin de l'année, avant le congé de Noël. Au cours des six premiers mois de 2005, nous allons tenir des audiences à l'échelle du pays sur les diverses options proposées. Nous allons donc vous revoir sur votre propre terrain, parce que nous comptons nous rendre dans chacune des provinces. Nous déposerons ensuite nos recommandations finales à l'automne 2005.

Nous sommes heureux que vous ayez pris le temps de venir nous rencontrer, aujourd'hui. Vous êtes chargés, à bien des égards, d'assurer la prestation des soins de santé mentale prévus, en principe, par la Loi canadienne sur la santé, et des services qui, théoriquement, ne sont pas visés par la loi, mais qui sont financés par les deniers publics, les ONG et autres intervenants.

Ce qui nous préoccupe, entre autres, c'est la structure du système. Si nous devions, aujourd'hui, reprendre tout à zéro, nous ne proposerions pas un système de soins de santé où seuls les hôpitaux et les médecins bénéficient d'un financement total. Nous aurions un système de prestation différent, où les personnes à une extrémité de l'échelle de revenus ne paieraient rien, et les personnes à l'autre extrémité de l'échelle paieraient quelque chose.

The reality is that we are where we are. The question is how do you change the system to deal with the kinds of things that you people see on the ground. We are delighted to have your input, and we will be back to get more input from you in the first quarter of next year.

As I understand it, we will begin with Ray Block, CEO of the Alberta Mental Health Board. He has with him Sandra Harrison, an executive director with the Alberta Mental Health Board. We will then turn to Dr. Jim Millar, Executive Director of the Mental Health and Physician Services for the Nova Scotia Department of Health. Irene Clarkson is the Executive Director of Mental Health and Addictions from the British Columbia Ministry of Health.

Thank you all for coming. Mr. Block you will begin and then we will continue with the others on the panel.

Mr. Ray Block, Chief Executive Officer, Alberta Mental Health Board: Thank you. I understand all of you have copies of my materials so I will be skipping a long at a fairly high pace. I will not cover everything in the material.

The Alberta Mental Health Board is honoured to have this opportunity to present to the standing committee. The board is one of 11 health authorities established by the Alberta Ministry of Health and Wellness. There are nine regional health authorities and two provincial bodies — the Alberta Cancer Board and the Alberta Mental Health Board. The ministry also has established the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. The Alberta Mental Health Board, to which I will refer from here on as the AMHB, services our jurisdictional responsibility.

The AMHB is the provincial regional health authority that has been designated by minister to play an important advisory role for mental health reform. The Alberta Mental Health Board is working closely with the Mental Health Patient Advocate of Alberta to enhance advocacy for mental health in the province.

Like all jurisdictions, Alberta is undertaking health reform. On January 8, 2002, the Premier's Advisory Council on Health released its report, the Mazankowski report, on how to put Alberta's health care system on a sustainable foundation. The report recommended that mental health services be fully integrated into regional health service authorities.

The Minister of Health and Wellness, the Honourable Gary Mar, accepted the recommendations and directed that mental health services be integrated with regional health services by the end of March 2003. The minister showed tremendous foresight and commitment in making mental health a priority. He directed that a plan for future direction in the mental health system be developed collaboratively by authorities and in partnership with

Voilà où nous en sommes. La question est de savoir comment changer le système et composer avec les situations auxquelles vous êtes confrontées sur le terrain. Nous sommes heureux d'entendre vos vues sur la question. Nous aurons l'occasion d'en apprendre plus quand nous vous rendrons visite au début des trois premiers mois de 2005.

Si j'ai bien compris, nous allons d'abord entendre M. Ray Block, directeur général du Alberta Mental Health Board. Il est accompagné de Mme Sandra Harrison, qui est une directrice exécutive du Alberta Mental Health Board. Nous allons ensuite entendre M. Jim Millar, directeur exécutif des services de santé mentale et des services fournis par les médecins auprès du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Mme Irene Clarkson est la directrice exécutive de la santé mentale et de la toxicomanie auprès du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique.

Merci d'être venus nous rencontrer. Monsieur Block, vous pouvez commencer. Nous entendrons ensuite les autres témoins.

M. Ray Block, directeur général, Alberta Mental Health Board: Merci. Je crois comprendre que vous avez tous reçu un exemplaire du document que j'ai préparé. Je vais le passer en revue assez rapidement. Je n'aborderai pas tous les points qui y sont exposés.

L'Alberta Mental Health Board est heureux d'avoir l'occasion de comparaître devant le comité permanent. Le conseil fait partie des 11 régies régionales de la santé établies par le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta. Il y a neuf régies régionales de la santé et deux organismes provinciaux — l'Alberta Cancer Board et l'Alberta Mental Health Board. Le ministère a également mis sur pied l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. L'Alberta Mental Health Board, que je désignerai sous le sigle AMHB, dessert notre territoire.

L'AMHB est l'autorité provinciale des services de santé qui a été chargée, par le ministre, de fournir des conseils en matière de réforme des soins de santé mentale. L'Alberta Mental Health Board travaille en étroite collaboration avec le défenseur de l'Alberta des personnes atteintes de troubles mentaux en vue d'améliorer les droits en matière de santé mentale dans la province.

Comme tous les territoires de compétence, l'Alberta entreprend une réforme des soins de santé. Le 8 janvier 2002, le conseil consultatif sur la santé du premier ministre albertain a publié un rapport, le rapport Mazankowski, sur la mise en place d'assises durables pour le système de soins de santé de la province. Le rapport recommandait que les services de soins de santé mentale soient complètement intégrés aux services des régies régionales de la santé.

Le ministre de la Santé et du Bien-être, l'honorable Gary Mar, a accepté cette recommandation et demandé que les services de soins de santé mentale soient intégrés à la fin de mars 2003 au plus tard. Le ministre a fait preuve d'une grande prévoyance et de détermination en faisant de la santé mentale l'une de ses priorités. Il a ordonné qu'un plan définissant l'orientation future du régime de soins de santé mental soit élaboré de concert avec les régies de

the ministry. He asked that an inclusive process be used and that the plan build on past reports and link with other government initiatives.

I am pleased to report that the mental health services were successfully transferred from the AMHB to regional health authorities effective April 1, 2003. Health authorities have also collaboratively developed a comprehensive provincial mental health plan that sets the direction for improving mental health and mental health services across the province.

While health authorities are very excited by the potential implications of the plan, it is important to stress that together we are just embarking on this plan and much work remains to be done. The plan was tabled with the Minister of Health and Wellness last Friday. We will be happy to ensure that you receive a copy once the minister has reviewed it.

It is very important to understand that “Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta,” is the plan of the health authorities collectively. It was developed by a steering committee comprising representatives from each of the health authorities, the ministry, the Alberta Psychiatric Association, the Alberta Medical Association and the Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health. It is based on our experience, best practice and the input from more than 1000 Albertans through a consultation process.

It is anticipated that the consortium — the AMHB, regional health authorities, professional associations and stakeholders — will begin work on a process for advancing, tracking and reporting progress. The authorities are looking forward to sharing progress with Albertans as we incorporate the mental health plan within the regional health authorities’ overall health plans.

What do we mean by mental health? It is critical to understand that mental health is more than the absence of mental illness or disorder. The determinants of health influence the optimal development of children, youth, families, and communities. Mental health and well-being is profoundly affected by a range of factors including income, social status, housing, physical environment, social support networks, educational levels, and employment circumstances.

Under the heading “The Need for Action,” I have included statistics on mental health services and needs. However, in the interest of time, I will not recite them in my oral presentation.

There are many critics of mental health. The AMHB is very mindful of these criticisms and supports the provincial mental health plan as a framework for reform. Let me say that with successful implementation of the provincial mental health plan, the AMHB envisions a future wherein stakeholders join forces to battle mental health openly and in public — a future where science comes to the table, where advocates and caregivers speak

la santé et en partenariat avec le ministère. Il a demandé qu’on ait recours à un processus concerté et que le plan, en plus de s’inspirer des rapports antérieurs, soit lié à d’autres initiatives gouvernementales.

Il me fait plaisir d’annoncer que les services de santé mentale ont été transférés, avec succès, de l’Alberta Mental Health Board aux régies régionales de la santé le 1^{er} avril 2003. Les régies de la santé ont également élaboré, ensemble, un plan provincial exhaustif sur la santé mentale dont l’objectif est d’améliorer la santé mentale et les services de soins de santé mentale dans la province.

Bien que les régies de la santé se réjouissent des répercussions potentielles du plan, il est important de souligner que nous venons à peine d’amorcer ce plan et qu’il reste beaucoup de travail à accomplir. Le plan vient juste d’être présenté au ministre de la Santé et du Bien-être. Nous accepterons volontiers de vous en faire parvenir un exemplaire, une fois que le ministre l’aura examiné.

Il est très important de comprendre que le document «Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta» est un plan mis au point par l’ensemble des régies de la santé. Il a été élaboré par un comité consultatif formé de représentants de chacune des régies de la santé, du ministère, de l’Alberta Psychiatric Association, de l’Alberta Medical Association, et de l’Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health. Ce plan se fonde sur notre expérience, les meilleures pratiques et les observations formulées par plus de 1 000 Albertains lors d’un processus de consultation.

Le groupe — formé par l’AMHB, les régies régionales de la santé, les associations professionnelles et les intéressés — prévoit amorcer ses travaux en vue de faire avancer le dossier, suivre son évolution et faire état des progrès réalisés. Les régies comptent bien partager ceux-ci avec les Albertains, au fur et à mesure que le plan en matière de santé mentale est incorporé à l’ensemble des plans des régies régionales de la santé.

Que voulons-nous dire par santé mentale? Il faut comprendre que la santé mentale est plus que l’absence d’un trouble mental ou d’une maladie mentale. Les déterminants de la santé ont une incidence sur le développement optimal des enfants, des jeunes, des familles et des collectivités. La santé mentale et le bien-être sont affectés profondément par une gamme de facteurs dont le revenu, le statut social, le logement, l’environnement physique, les réseaux de soutien social, le niveau d’instruction et les circonstances d’emploi.

Vous trouverez, sous la rubrique «La nécessité de passer à l’action», des statistiques sur les services et les besoins en matière de santé mentale. Je ne les passerai pas en revue, et ce, pour ne pas perdre trop de temps.

Les soins de santé mentale font l’objet de nombreuses critiques. L’AMHB est très conscient de ces critiques et appuie le plan provincial sur la santé mentale comme cadre de réforme. Advenant la mise en oeuvre réussie du plan provincial sur la santé mentale, l’AMHB entrevoit un avenir où les intéressés unissent leurs efforts pour lutter contre la maladie mentale ouvertement et en public — un avenir où la science est admise à la

collectively not only of stigma, but of the need to eliminate systemic discrimination. We envision a system where we work together toward recovery rather than accepting lifelong disability as inevitable for those with health disorders. The AMHB envisions quality in the lives of those who must learn to live with mental health problems. We envision playing a key role in promoting and realizing respect and support, and a system wherein stakeholders learn from survivors and their families. We want a system that celebrates caregivers as heroes.

The AMHB sees an enriched mental health system that brings hope to consumers and their families, that educates the public and infuses clients and service providers with care and support. We see partners building resiliency and intervening early when they recognize signs that someone may be ill. The AMHB envisions a system that has successfully reframed mental illness as a public health issue worthy of support and investment.

Reports indicate that equitable and timely access to a range of quality services is the number one priority for consumers. Consumers and advocates indicated they want better outcomes for all Albertans, but they most often mentioned the urgent needs of children, youth and Aboriginal communities.

In respect of the scope of services, Alberta is proud of its work in mental health. In 2002, the Canadian Council on Health Services Accreditation granted the AMHB a full three-year accreditation. This was the first time a province-wide accreditation survey was undertaken in Canada. It was also the first time tele-mental health video conferencing technology was used for these purposes. In the accreditation report, the Canadian Council on Health Services, CCHSA, recognized the AMHB's numerous achievements and referenced 10 good practices that contribute to the field of mental health care.

With the handoff of services to regional health authorities, a framework for mental health services was developed. Service components included in the provincial mental health plan are based on the Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework. The framework is relevant for all the population; it identifies three strategic directions, supported by effective collaboration across the full range of service providers. They are: support and treatment, risk reduction, and capacity building. Under these three strategic directions, the scope of 10 distinct services are listed for your review.

The provincial mental health plan calls for service delivery models that reflect a strong, integrated case/care management orientation. This approach will strengthen the alignment of mental health planning and link primary care with other service

table, où les défenseurs des droits et les soignants parlent ensemble non seulement des marques laissées par la maladie, mais du besoin d'éliminer la discrimination systémique. Nous envisageons un système où nous veillons, ensemble, au rétablissement des personnes qui souffrent de troubles mentaux plutôt que d'accepter le fait qu'une incapacité est permanente. L'AMHB entrevoit une amélioration de la qualité de vie de ceux qui doivent apprendre à vivre avec des problèmes de santé mentale. Nous comptons encourager et favoriser le respect et le soutien. Nous voulons un système où les intéressés tirent des leçons des expériences vécues par les victimes et leurs familles. Nous voulons un système qui traite les soignants comme des héros.

Essentiellement, l'AMHB voit un système de soins de santé mentale enrichi qui apporte de l'espoir aux clients et à leurs familles, qui sensibilise le public et offre aux clients et aux fournisseurs de services un soutien et une aide. Nous voyons des partenaires qui renforcent le ressort psychologique et qui interviennent tôt lorsqu'ils reconnaissent chez quelqu'un des signes de maladie. L'AMHB voit un système qui a réussi à faire de la maladie mentale une question d'intérêt public qui mérite un soutien et des investissements.

Les rapports indiquent qu'un accès juste et rapide à une gamme de services de qualité est la principale priorité pour les clients. Les clients et les défenseurs des droits ont indiqué qu'ils veulent de meilleurs résultats pour tous les Albertains. Ils ont surtout mentionné les besoins urgents des enfants, des jeunes et des collectivités autochtones.

Pour ce qui est de l'étendue des services, l'Alberta est fière du travail qu'elle a accompli dans le domaine de la santé mentale. En 2002, le Conseil canadien d'agrément des services de santé a accordé à l'AMHB une accréditation de trois ans. Pour la première fois, une visite d'agrément à l'échelle d'une province a été entreprise au Canada. Pour la première fois également, on a eu recours à cette fin à des services de télésanté mentale dispensés par vidéoconférence. Dans le rapport d'agrément, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, le CCASS, a reconnu les nombreuses réalisations de l'AMHB et défini les dix bonnes pratiques qui contribuent aux soins de santé mentale.

Par suite du transfert des services aux régies régionales de la santé, un cadre pour les services de santé mentale a été élaboré. Les services inclus dans le plan provincial sur la santé mentale s'inspirent du «Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework». Le cadre vise l'ensemble de la population et expose trois orientations stratégiques, qui s'appuient sur la collaboration efficace de toute une gamme de fournisseurs de services. Ces orientations sont les suivantes: soutien et traitement, diminution des risques et renforcement de la capacité. Dix services distincts sont visés par ces trois orientations stratégiques. Ils sont énumérés dans le texte, pour votre information.

Le plan provincial en matière de santé mentale prévoit des modèles de prestation de services qui préconisent une gestion intégrée des soins et des cas. Cette approche permettra d'harmoniser la planification des soins de santé mentale et de

providers. Finding entrance to, and making smooth transitions into mental health and other support systems should not be a puzzle for clients to solve. Case management also needs to be considered at a cross-jurisdictional level.

In respect of funding, approximately \$472 million was budgeted on mental health services in Alberta in 2002. This amount does not reflect all expenditures related to mental health services. One of the challenges we face is the dearth of comprehensive and comparable data on cost and spending for mental health services across Canada. There is a need for improved administrative data for our own planning purposes.

Work is needed on a comprehensive workforce plan that meets the needs of mental health consumers, employers and the education community.

Excellence in mental health services depends on research that informs and guides decisions, helps set policies and priorities, improves outcomes for consumers, and supports ongoing innovation. The AMHB is prepared and has a capacity to play a significant role to collaborate and facilitate the development of a pan-Canadian approach for establishing a renewed Canada mental health research agenda.

In respect of accountability, the process we use in Alberta to develop the mental health plan has been well received. At the recommendation of the Aboriginal consultants and the Alberta Mental Health Board Wisdom Committee, the steering committee has addressed Aboriginal issues throughout the plan rather than establishing a separate Aboriginal mental health strategy. Federal strategies for Aboriginal mental health on reserves should harmonize with the mental health plan and implementation strategies.

The development of cross-regional, provincial and coordinated pan-Canadian processes for facilitating the gathering, exchange and analysis of information is also needed.

In summary, Mr. Chairman, we believe that strategies that build capacity, reduce risks and provide treatment and support will help Canadians realize optimal mental health. Mental health issues should be viewed through a population health lens. Increased funding is required for provincial health ministries to better meet the mental health needs in their jurisdiction. Considerable investment in mental health research is integral to sustaining excellence in advancing leading practice in mental health. A pan-Canadian strategy would be beneficial for gathering data, sharing and comparing information. Federal investment in the education of mental health work force, including community workers, is required. Finally, a matter for discussion at a future federal/provincial/territorial conference of ministers of health is reciprocal arrangements relating to access and payment for community- as well as facility-based mental health services.

lier les soins primaires aux autres fournisseurs de services. Trouver le moyen d'effectuer une transition, et l'assurer en douceur, pour ce qui est des services de santé mentale et autres systèmes de soutien ne devrait pas être un casse-tête à résoudre pour des clients. En outre, la gestion des cas doit être examinée du point de vue des compétences pangouvernementales.

Pour ce qui est du financement, environ 472 millions de dollars ont été consacrés au budget des services de santé mentale en Alberta, en 2002. Ce montant ne tient pas compte de toutes les dépenses relatives aux services de santé mentale. Nous sommes toutefois confrontés à un défi: la pauvreté de données exhaustives et comparatives sur les coûts et les dépenses liés aux services de santé mentale au Canada. Il faut améliorer la collecte des données administratives afin de pouvoir effectuer notre planification.

Il faut élaborer un plan exhaustif concernant les effectifs qui réponde aux besoins des clients, des employeurs et du milieu de l'enseignement.

L'excellence des services de santé mentale est fonction de la recherche qui est effectuée, recherche qui contribue à éclairer et orienter la prise de décisions, à mettre en place des politiques et à établir des priorités, à améliorer les résultats pour les clients et à soutenir les innovations continues. L'AMHB possède les outils voulus qui lui permettront de participer, de façon concrète, à l'élaboration d'une approche pancanadienne permettant d'établir un nouveau programme de recherche sur la santé mentale au Canada.

Concernant la responsabilisation, le processus que nous avons utilisé en Alberta pour élaborer le plan en matière de santé mentale a été très bien reçu. À la recommandation de conseillers autochtones et de l'Alberta Mental Health Board Wisdom Committee, le comité consultatif a abordé les problèmes de santé mentale des Autochtones dans le plan plutôt que d'établir une stratégie distincte à leur intention. En effet, les stratégies du gouvernement fédéral destinées aux Autochtones vivant dans les réserves devraient s'harmoniser avec le plan provincial de santé mentale et les programmes de mise en oeuvre.

Il faut élaborer des processus pancanadiens coordonnés, entre compétences régionales et provinciales, pour faciliter la collecte, l'échange et l'analyse de données.

En conclusion, monsieur le président, nous croyons que des stratégies qui renforcent la capacité, diminuent les risques et garantissent un traitement et un soutien ne peuvent que contribuer à améliorer la santé mentale des Canadiens. Les questions de santé mentale doivent être examinées du point de vue de la santé de la population. Les ministères provinciaux de la Santé ont besoin de fonds supplémentaires afin de pouvoir mieux répondre aux besoins en santé mentale dans leur territoire de compétence. Il faut consacrer des investissements majeurs à la recherche sur la santé mentale pour soutenir l'excellence et améliorer les pratiques de pointe dans le domaine de la santé mentale. Il faut établir une stratégie pancanadienne pour favoriser la collecte, l'échange et la comparaison de données. Le gouvernement fédéral doit investir dans la formation des travailleurs en santé mentale, y compris des travailleurs communautaires. Enfin, il faut que les ministres de la santé, lors

The Chairman: This not a substantive question, this is just for information. Is the document "Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework" a public document? If so, could you send us some copies?

Mr. Block: Absolutely.

The Chairman: In respect of the plan, I gather the minister has not yet signed off on. At some point, when you get that signed off on, could you send us some copies of that too?

Mr. Block: I talked to the minister on Friday and he will not be long with it. I expect I can have it to you very soon.

The Chairman: In fact, I am meeting with him in a couple of weeks anyway, but if you could get that, that would be great.

Dr. Jim Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services, Nova Scotia Department of Health: Honourable senators, thank you for allowing me to present to your committee. I applaud the work you are doing. Many studies have been done on acute, long-term and primary care, but I think this is the first in Canada to look at mental health from a national perspective. I was personally pleased to see in your first report on health care that you felt mental health was important enough to have its own report.

I will talk to you today about the importance of mental health to Canadians, the current state of mental health services internationally, nationally, and in Nova Scotia, and then present some thoughts on what is needed to enhance the mental health and well-being of our citizens.

Mental health is important because it affects 20 per cent of our population, has a tremendous economic impact, and is a risk factor for other illnesses. I am sure you received a great deal of information on these items so I will cover them quickly.

More than 450 million people worldwide suffer from a mental or behavioural disorder, and 20 per cent of Canadians will be affected during their lifetime. In a one-year period, 4 to 5 per cent of Canadians will suffer from a mood disorder, 0.3 to 1 per cent from schizophrenia, 12.2 per cent from anxiety disorders and 2.2 per cent of women from eating disorders. In 1999-2000, the seven most common mental disorders accounted for 3.8 per cent of all general hospital admissions in Canada. This is a gross underestimate of the need as the vast majority of people are treated on an outpatient basis.

d'une prochaine conférence fédérale/provinciale/ territoriale, discutent d'ententes de réciprocité concernant l'accès à des services de santé mentale et le paiement des soins pour la collectivité.

Le président: Je ne vous pose pas une question. Je veux tout simplement une précision. Est-ce que le document intitulé «Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework» est un document public? Si oui, pouvez-vous nous en envoyer un exemplaire?

M. Block: Avec plaisir.

Le président: Pour ce qui est du plan, je présume que le ministre ne l'a pas encore signé. Est-ce que vous pouvez, une fois qu'il l'aura fait, nous faire parvenir des exemplaires?

M. Block: Je me suis entretenu avec le ministre vendredi, et il devrait le faire sous peu. Je serai donc en mesure de vous l'envoyer très bientôt.

Le président: Je dois, en fait, le rencontrer dans quelques semaines. Toutefois, si vous pouviez me le faire parvenir, ce serait bien.

Le Dr Jim Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services fournis par les médecins, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant le comité. Je vous félicite pour le travail que vous accomplissez. De nombreuses études ont été menées sur les soins actifs, les soins de longue durée et les soins primaires. Toutefois, je crois que celle-ci est la première au Canada qui considère la santé mentale dans une perspective nationale. J'ai été personnellement très heureux de constater que, dans votre premier rapport sur les soins de santé, vous pensiez que la santé mentale est suffisamment importante pour faire l'objet d'un rapport distinct.

Je vous parlerai aujourd'hui de l'importance de la santé mentale pour les Canadiens, de l'état actuel des services de santé mentale dans le monde, au Canada et en Nouvelle-Écosse. Je vous livrerai ensuite quelques idées sur ce qu'il faudrait faire pour améliorer la santé mentale et le bien-être de nos concitoyens.

La maladie mentale est importante parce qu'elle touche 20 p. 100 de la population, parce qu'elle a des répercussions économiques énormes et qu'elle est un facteur de risque pouvant engendrer d'autres maladies. Je suis convaincu que vous avez reçu beaucoup d'information sur ces sujets. J'en parlerai donc brièvement.

Plus de 450 millions de personnes dans le monde souffrent de maladie mentale ou de troubles du comportement, et 20 p. 100 des Canadiens en seront affectés au cours de leur vie. Au cours de l'année, de 4 à 5 p. 100 des Canadiens souffriront d'un trouble de l'humeur, de 0,3 à 1 p. 100 souffriront de schizophrénie, 12,2 p. 100 de troubles anxieux, et 2,2 p. 100 des femmes, de troubles de l'alimentation. En 1999-2000, les sept troubles mentaux les plus communs ont compté pour 3,8 p. 100 de toutes les admissions dans les hôpitaux généraux, ce qui est une sous-estimation importante vu que la grande majorité des personnes sont traitées en clinique externe.

Mental illness carries a tremendous economic cost. In 1993, it was estimated that the total economic burden of mental illness was \$7.3 billion in Canada. By 1996-97, this had grown to \$14.4 billion. In the U.K., it was estimated that psychosis alone cost the economy £1.2 billion. This is compared with heart disease, diabetes and hypertension combined at £1.6 billion. In developed countries it is estimated that 35 per cent to 45 per cent of absenteeism is related to mental health problems. Each year in the U.S., 4 million days are lost to absenteeism, and more than 20 million days are lost to reduced productivity while at work. The economic burden is particularly hard on our young adults who make up the most productive segment of our society.

Indirect costs attributable to mental disorders outweigh the direct treatment costs by two to six times in developed countries. Many of these costs are borne by family and friends. Not treating mental disorders leads to increased costs through decreased economic activity, quality of life and family and interpersonal relations, as well as increased hospital admissions and suicide.

Mental illness is not only a problem as a disorder in itself but also as a risk factor for other illnesses. Depressive symptoms have been shown to be a predictor of increased utilization of future medical services for other illnesses. Even mild depressive symptoms are predictive of increased risk of coronary artery disease. Those suffering from chronic depression are 4.5 times more likely to suffer heart attack, and four times more likely to die from it. This relative risk is at least as high as cigarette smoking, obesity, diabetes and hypertension. Mental illness can contribute to, result from, or share a common causal pathway with cancer, heart disease, and chronic obstructive pulmonary disease.

Internationally, much is being done in the mental health field. The World Health Organization has carried out significant research in the last decade and developed many tools that underdeveloped countries can use to develop improved mental health programs.

Even the United States appears to be paying attention to mental health. President Bush has formed the President's New Freedom Commission on Mental Health, which has made several recommendations to improve the mental health of Americans.

Nationally, we are not doing as well. Provinces individually have been struggling with providing appropriate services and develop various models from the Mental Health Commission of

La maladie mentale engendre des coûts économiques considérables. En 1993, on a estimé que le fardeau économique total de la maladie mentale s'est élevé à 7,3 milliards de dollars au Canada. En 1996-1997, ce fardeau a grimpé à 14,4 milliards de dollars. Au Royaume-Uni, il a été estimé que les psychoses, à elles seules, coûtent 1,2 milliard de livres à l'économie, comparativement aux coûts des maladies cardiaques, du diabète et de l'hypertension réunis, qui s'élèvent à 1,6 milliard de livres. Dans les pays développés, on estime que de 35 à 45 p. 100 de l'absentéisme est relié à des problèmes de maladie mentale. Chaque année, aux États-Unis, 4 millions de journées sont perdues en raison de l'absentéisme, et 20 millions de journées sont perdues en raison de la productivité réduite au travail. Le fardeau économique est particulièrement lourd pour les jeunes adultes qui forment le segment le plus productif de notre société.

Les coûts indirects attribuables aux troubles mentaux dépassent de deux à six fois les coûts directs du traitement dans les pays développés. Plusieurs de ces coûts sont absorbés par les familles et les amis. Ne pas traiter les troubles mentaux donne lieu à des coûts accrus en raison de la baisse de l'activité économique, de la diminution de la qualité de vie et de la détérioration des relations familiales et interpersonnelles, ainsi que de l'accroissement du nombre des admissions dans les hôpitaux et des suicides.

La maladie mentale est non seulement un problème en tant que trouble en soi, mais elle constitue également un facteur de risque d'autres maladies. On a démontré que les symptômes de la dépression sont un prédicteur de l'accroissement du recours aux services médicaux pour d'autres maladies. Même les symptômes de la dépression légère laissent prévoir un risque accru de coronaropathie. Les personnes atteintes de dépression chronique sont vraisemblablement 4,5 fois plus exposées aux crises cardiaques et quatre fois plus à risque d'en mourir. Ce risque relatif est au moins aussi élevé que les risques associés à l'habitude de la cigarette, à l'obésité, au diabète et à l'hypertension. La maladie mentale peut contribuer au cancer, aux maladies cardiaques et à la bronchopneumopathie chronique obstructive ou encore en résulter ou les causer en partie.

Sur la scène internationale, il s'accomplit beaucoup de travail dans le domaine de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé a mené des recherches importantes au cours des dix dernières années et elle a mis au point de nombreux outils dont les pays du tiers monde peuvent se servir afin de créer des programmes de santé mentale améliorés.

Même les États-Unis semblent accorder de l'importance à la santé mentale. Le président Bush a créé une commission présidentielle spéciale sur la santé mentale, la President's New Freedom Commission on Mental Health, qui a fait plusieurs recommandations visant à améliorer la santé mentale des Américains.

Au pays, nous n'avons pas une aussi bonne feuille de route. Individuellement, les provinces doivent lutter pour offrir des services appropriés et élaborer différents modèles allant de la

New Brunswick to the Alberta Mental Health Board. The federal government has not provided leadership in developing a national strategy.

Federal legislation puts the treatment of mental disorders at a disadvantage. Senator Kirby mentioned that the Canada Health Act only covers general hospital and physician services. Psychiatric hospitals are specifically included and are not subject to reciprocal billing arrangements between provinces. Most mental health services are provided in the community by non-physician providers and thus are not covered. In many provinces, the amount of mental health services that can be charged to provincial plans by general practitioners is severely restricted. This is unfortunate as 80 per cent of mental health services in most provinces are provided outside the formal mental health system by primary care practitioners who are not appropriately prepared to provide these services. Shared care, where the formal and informal systems collaborate to provide mental health services in the primary care setting, is a hopeful alternative that is being slowly implemented.

Criminalization of the mentally ill is an increasing problem. With the changes to the Criminal Code of Canada — much needed of course — the courts and lawyers are much more willing to use the mental health provisions to find defendants not criminally responsible. As inpatient mental health beds in residential care facilities have been reduced, police officers and others have started to use the justice system to shortcut the system and get people off the street and into treatment that may not be available in the community.

It is difficult for the various Canadian jurisdictions to work together. The Council of Deputy Ministers of Health has stopped funding the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health. This has cut off a major venue for sharing and joint planning. Some jurisdictions continue to get together but struggle with funding. The numbers of meetings and jurisdictions participating has dropped off over the years. Special projects are funded on a formula basis with Ontario covering the majority of costs, with Health Canada the second. Quebec does not participate.

Nova Scotia is not unlike other Canadian jurisdictions. Mental health funding has lagged as a portion of total health spending. It has dropped from 5 per cent in 1995-96 to 3.8 per cent in 2003-04. This is on a par with middle-income countries worldwide, which spend between 2.7 and 3.5 per cent. High-income countries spend close to 7 per cent.

Nova Scotia is poised to move forward with mental health reform. Strategic directions have been developed. Standards for the delivery of core mental health services have been adopted — a Canadian first. An integrated database that combines several provincial databases is close to finalization and it will allow us to

Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick jusqu'à l'Alberta Mental Health Board. Le gouvernement fédéral n'a pas les devants pour élaborer une stratégie nationale.

Les lois fédérales ne favorisent pas le traitement des troubles mentaux. Le sénateur Kirby a mentionné que la Loi canadienne sur la santé ne régit que les services offerts dans les hôpitaux généraux et par les médecins. Les hôpitaux psychiatriques en sont spécifiquement exclus et ils ne sont pas assujettis aux ententes de facturation réciproques entre les provinces. La plupart des services de santé mentale sont dispensés dans la collectivité par des intervenants autres que des médecins; c'est pourquoi ils ne sont pas visés par la loi. Dans plusieurs provinces, les coûts des services de santé mentale qui peuvent être imputés aux régimes provinciaux par les omnipraticiens sont fortement restreints, ce qui est malheureux, car 80 p. 100 des services de santé mentale dans la plupart des provinces sont dispensés à l'extérieur du régime officiel de santé mentale par des intervenants de première ligne qui ne sont pas suffisamment préparés à offrir ces services. Le partage des soins, lorsque les régimes officiels et les autres collaborent à la prestation des services de santé mentale dans un environnement de soins de première ligne, est une solution de rechange prometteuse qui se met lentement en place.

La criminalisation des personnes atteintes de maladie mentale est un problème qui va en s'amplifiant. Avec les modifications apportées au Code criminel du Canada qui s'imposaient, les tribunaux et les avocats acceptent davantage d'invoquer les dispositions relatives à la santé mentale pour conclure que les défendeurs ne sont pas criminellement responsables. Comme on a réduit le nombre des lits et des installations résidentielles de soins en santé mentale, les agents de police et d'autres institutions ont commencé à recourir au système judiciaire pour prendre des raccourcis afin de faire traiter des personnes pour lesquelles les soins ne sont pas disponibles dans la collectivité.

Il est difficile pour les diverses compétences au Canada de travailler ensemble. Le Conseil des sous-ministres a cessé de financer le Réseau de consultations FPT sur la santé mentale, ce qui a tari une source importante de partage et de planification conjointe. Certaines compétences continuent de se réunir, mais elles doivent se battre afin de trouver du financement. Le nombre des réunions et des compétences qui y participent a diminué au cours des ans. Certains projets spéciaux sont financés selon une formule où l'Ontario paie la majorité des coûts, avec le soutien de Santé Canada. Le Québec ne participe pas à cette initiative.

La Nouvelle-Écosse ne diffère pas des autres compétences au Canada. Le financement de la santé mentale y affiche un recul par rapport aux dépenses totales en matière de santé. Il est passé de 5 p. 100 en 1995-1996 à 3,8 p. 100 en 2003-2004. Ce pourcentage équivaut à celui des pays à revenus intermédiaires, qui s'élève à 2,7-3,5 p. 100, alors que celui des pays à revenus élevés atteint presque 7 p. 100.

La Nouvelle-Écosse est prête à effectuer une réforme en matière de santé mentale. Elle a élaboré des orientations stratégiques. Elle a adopté des normes relatives à la prestation des services essentiels de santé mentale, ce qui est une première au Canada. Elle achève de constituer une base de données intégrée

track mental health outcomes in a population health framework. If you are interested, these documents are available on our Web site. The address of that Web site is in the brief I have given you.

Much needs to be done if we are going improve the mental health and well-being of Canadians. It will need a common vision, leadership, and a framework. The vision for mental health must be true to the World Health Organization definition of health. "Health" is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. It must also put the same time emphasis on mental health as society does for physical health. It is unacceptable for people with chest pain to wait to determine the cause. If the cause is cardiac, people want immediate attention. Unfortunately, those with emotional pain do not get the same consideration. They will probably wait to seek help, wait further to see a professional caregiver, be treated with outdated and inappropriate methods, and continue to suffer much longer than is necessary.

The vision must also recognize the importance of the individual and the informal mental health system. Only about 20 per cent of mental health services are provided by the formal system. The informal system must be involved in planning, implementing and delivering services in the future. Consumers must be involved in planning and developing the system as well as their individual care plans. It must also recognize that mental health is a basic human right.

Strong leadership is required if there is to be any change in the way we provide mental health services. This committee is showing some of that leadership. Disparate groups need to be brought together. The leadership must have the resources and the clout to make a difference. It must have the respect of consumers, advocates, professionals, academics, researchers, bureaucrats and politicians.

Politicians need to be part of that leadership. They must show the political will to make difficult resource allocation decisions, and then stick to them. They must pass laws that will reduce stigma and discrimination against those with mental disorders and they must become advocates for this component of our society.

There needs to be a national framework to support the vision and leadership. The framework must bring society to an understanding of the need for mental health, be national in nature, recognize the need for research, and provide for a national data system to enable research and improve interventions.

First, society must understand the importance of mental health. The data provided earlier shows the importance of mental health in its own right, as well as it being a risk factor

qui combine plusieurs bases de données provinciales. Cette réalisation nous permettra de suivre les résultats en santé mentale dans le cadre de la santé de la population. Si cela vous intéresse, vous pouvez vous procurer les documents sur notre site Web. L'adresse se trouve dans le mémoire que je vous ai remis.

Il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens. Il faudrait une vision commune, un leadership et un cadre de travail. La vision en matière de santé mentale doit correspondre à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la Santé: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Elle doit également accorder la même importance à la santé mentale que celle qu'accorde la société à la santé physique. Il est inacceptable pour les personnes qui ressentent une douleur à la poitrine d'attendre qu'on en détermine la cause. S'il s'agit d'une maladie cardiaque, le patient veut être soigné immédiatement. Malheureusement, les personnes qui souffrent émotionnellement n'ont pas les mêmes exigences. En règle générale, elles attendent pour demander de l'aide, elles attendent encore plus pour rencontrer un professionnel de la santé, elles sont traitées selon des méthodes dépassées et inappropriées et elles continuent de souffrir beaucoup plus longtemps que nécessaire.

La vision doit également reconnaître l'importance de la personne et du système de santé mentale informel. Seulement 20 p. 100 environ des services de santé mentale sont offerts par le système formel. Il faut que le système informel prenne à l'avenir part à la planification, à la mise en oeuvre et à la prestation des services. Les consommateurs doivent participer à la planification et à l'élaboration du système, de même qu'à leur régime de soins individuel. Il faut aussi que la vision reconnaisse que la santé mentale est un droit humain fondamental.

Il faudra un leadership fort pour apporter des changements réels dans la manière de dispenser les services de santé mentale. Ce comité est la preuve qu'il existe un leadership. Les groupes différents doivent être rassemblés. Le leadership requiert des ressources et de l'influence pour faire une différence. Il doit rallier le respect des consommateurs, des défenseurs des droits, des professionnels, des universitaires, des chercheurs, des bureaucrates et de la classe politique.

Cette dernière doit faire partie du leadership. Elle doit afficher la volonté politique de prendre des décisions difficiles concernant l'attribution des ressources et s'y tenir, elle doit adopter des lois visant à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes de troubles mentaux et elle doit se faire le défenseur de cette composante de notre société.

Il devrait exister un cadre de travail national destiné à appuyer la vision et le leadership. Ce cadre devrait aider la société à comprendre la nécessité de la santé mentale, être de nature nationale, reconnaître la nécessité de la recherche et fournir un système de données national afin de faciliter la recherche et d'améliorer les interventions.

Premièrement, la société doit comprendre l'importance de la santé mentale. Les données fournies plus tôt montrent l'importance de la santé mentale comme telle, comme facteur de

for other major illnesses and a cause of major disability. The public needs to understand that mental illness is a brain disorder similar to physical illness that can be diagnosed. People can be treated, and many fully recover.

Any understanding of mental health must also focus on stigma reduction. Stigma harms mental health consumers in two ways. First, it leads to discrimination. They are considered to be different, the cause of their own problems, not worthy of respect in society, and dangerous. Second, consumers are less likely to identify themselves and seek help if they know they will be discriminated against. Treatment is delayed and suffering is prolonged.

Stigma reduction starts with policy-makers and care providers. Legislation is often a leading cause of stigma and discrimination. I was surprised to see that Transport Canada's regulations bar someone who has suffered from schizophrenia from ever holding a master's ticket, which is just one example. One only needs to visit the local emergency room to see stigmatization by health care providers. Mental health clients wait the longest. Their privacy is violated. Their concerns are not dealt with appropriately.

Second, a national framework must extend beyond just mental health services delivery. It must deal with how government and organizations consider the mental health of Canadians in all their actions and policies. Mental health is a determinative health. There is no health without good mental health.

The framework must set standards for service delivery covering all aspects of mental health from prevention, promotion and advocacy, through community-based services to inpatient and specialty services. It must consider the full life span. Since most mental illnesses have their roots in childhood and adolescence, there must be a new focus on child and youth mental health. It is time to treat our youth and prevent the long-term sequelae of mental illness.

The U.K. and Australia have developed national plans and Australia reports on its progress every five years. It is time that Canada does the same. Mental health needs to be included in the Canada Health Act and there must be further legislation to ensure that a national framework is developed and implemented. It is only through this that the 20 per cent of Canadian who suffer from mental disorders gets their fair shares of the resources. Four of five per cent of the health spending is not enough.

Third, the need for research must be recognized. Research is needed to inform policy, treatment, and prevention activities. There must be resources to do base research, practical research

risque d'autres maladies importantes et comme cause d'invalidité majeure. Le public doit comprendre que la maladie mentale est un désordre du cerveau semblable à la maladie physique, qui peut être diagnostiquée, traitée et souvent complètement guérie.

Toute compréhension de la santé mentale doit également assurer la réduction de la stigmatisation. La stigmatisation nuit aux consommateurs de services de santé mentale de deux manières. Premièrement, elle mène à la discrimination: ces consommateurs sont considérés comme différents, comme la cause de leurs propres problèmes, comme indignes du respect de la société et comme dangereux. Deuxièmement, ces consommateurs sont moins portés à s'identifier et à demander de l'aide s'ils savent qu'ils feront l'objet de discrimination. Leur traitement est ainsi retardé et leur souffrance, prolongée.

La réduction de la stigmatisation commence chez les responsables des politiques et chez les fournisseurs de soins de santé. Les lois sont souvent à l'origine de la stigmatisation et de la discrimination. Le règlement de Transport Canada qui interdit à une personne ayant souffert de schizophrénie d'occuper le poste de commandant n'en est qu'un exemple. On a qu'à se rendre dans une salle d'urgence pour constater la stigmatisation exercée par les fournisseurs de soins de santé. Les clients en santé mentale sont ceux qui attendent le plus longtemps, dont on viole la vie privée et dont les inquiétudes ne sont pas traitées de manière appropriée.

Deuxièmement, il faut élaborer un cadre politique national qui aille au-delà de la seule prestation des services de santé mentale. Ce cadre doit déterminer la manière dont le gouvernement et les organisations abordent la santé mentale des Canadiens dans toutes leurs actions et dans toutes leurs politiques. La santé mentale est un facteur déterminant de la santé; nul n'est en bonne santé s'il n'est pas en bonne santé mentale.

Le cadre doit comprendre des normes relatives à la prestation des services englobant tous les aspects de la santé mentale, depuis la prévention, la promotion et la défense de la santé mentale grâce aux services dans la collectivité jusqu'aux services aux malades hospitalisés et aux services spécialisés. Il doit couvrir toutes les périodes de la vie. Puisque la plupart des maladies mentales ont des racines dans l'enfance et l'adolescence, il faut accorder une attention plus particulière à la santé mentale des enfants et des jeunes. Il est temps de traiter nos jeunes et de prévenir les séquelles à long terme de la maladie mentale.

Au Royaume-Uni et en Australie, on a élaboré des régimes nationaux. L'Australie présente aux cinq ans un rapport qui fait le point sur la situation. Il est temps que le Canada fasse de même. Il faut inclure la santé mentale dans la Loi canadienne sur la santé et il faut adopter d'autres lois pour faire en sorte que le cadre national est élaboré et mis en oeuvre. C'est seulement ainsi que les 20 p. 100 de Canadiens qui souffrent de troubles mentaux auront leur juste part des ressources. Quatre ou cinq pour cent des dépenses ne suffisent pas.

Troisièmement, il faut reconnaître la nécessité de faire de la recherche. Il faut faire de la recherche pour que les politiques, les traitements et les activités de prévention soient éclairés. Il faut

that informs ongoing diagnosis on treatment and research that information policy. Research on public awareness and stigma reduction should receive special attention.

Finally, there is a need for information. A national data system will assist in research into appropriate interventions and improve access to services. The issue of database security must be dealt with. Society sees technology as medical equipment. The public demands the latest MRI, PET scanners, cardiac catheterization equipment and the like, but balks at information technology. Equipment is helpful in mental health, but much of what we do depends on data and the decision support systems that turn data into information that is suitable for prevention, diagnosis, treatment and planning. Information technology is not a waste of resources and it does not detract from patient care — it is a necessary adjunct.

Can we do something to improve the mental health and well-being of Canadians? The answer is a resounding yes. We as a nation have the political will and resources to build a national health care system that is the envy of much of the world.

How do we do it? I suggest the need for a national committee made up the equal partnership of consumers, non-government organizations, policy-makers, care providers and researchers. It would be tasked with recommending a national strategy, proposing national guidelines and standards, suggesting special funding enveloping, monitoring outcomes and reporting to Canadians on a regular basis.

In conclusion, it is time to do more for the mental health and well-being of Canadians. The economic and emotional impact on the country is enormous. There is a need for national strategy to address this important issue. The piecemeal work being done in isolation by the provinces, territories, and advocacy groups is leading to duplication of effort and wasted resources. A national strategy will reduce the suffering of the 20 per cent of Canadians whose have at mental disorder and reduce of major Risk factor for other illnesses.

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology is showing leadership by reviewing this important aspect of our health care system. All that is needed is the political will and the understanding to overcome the barriers to moving forward with mental health reform.

débloquer des ressources pour de la recherche fondamentale, de la recherche appliquée, à l'appui du diagnostic et du traitement permanent et de la politique. La recherche sur la sensibilisation du public et sur la réduction de la stigmatisation devrait faire l'objet d'une attention spéciale.

Enfin, on a besoin d'information. Un système de données national faciliterait la recherche sur les interventions appropriées ainsi que l'accès aux services. Il faudrait également régler le problème de la sécurité des données. Quand il est question de technologie dans le domaine de la santé, la société pense tout de suite à de l'équipement médical. Le public exige les appareils d'IRM, les tomodesitomètres et le matériel de cathétérisme cardiaque les plus récents et d'autres équipements, mais il est réticent face à la technologie de l'information. Les équipements sont utiles en santé mentale, mais une grande partie de ce que nous faisons repose sur des données et sur les systèmes de soutien des décisions qui transforment les données en information utile pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la planification. La technologie de l'information n'est pas un gaspillage de ressources et elle ne détourne pas de la prestation des soins aux patients; la technologie est une alliée indispensable.

Pouvons-nous faire quelque chose pour améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens? La réponse est un oui retentissant. Nous possédons la volonté politique et les ressources voulues pour mettre sur pied un régime national de soins de santé qui fait l'envie d'une grande partie du monde.

Comment y parviendrons-nous? Je propose la création d'un comité national où il y aurait représentation égale des consommateurs, des organismes non gouvernementaux, des responsables des politiques, des fournisseurs de soins et des chercheurs. Ce comité aurait pour tâche de recommander une stratégie nationale, de proposer des orientations et des normes nationales, de suggérer des enveloppes spéciales de financement, de surveiller les résultats et de rendre des comptes aux Canadiens à intervalles réguliers.

En guise de conclusion, il est temps de faire davantage pour la santé mentale et le bien-être des Canadiens étant donné leur énorme portée économique et émotionnelle. Nous avons besoin d'une stratégie nationale pour régler cette importante question. Le travail effectué individuellement par les provinces, par les territoires et par les groupes de revendication mène au doublement des efforts et au gaspillage des ressources. Une stratégie nationale permettrait de soulager la souffrance de 20 p. 100 des Canadiens atteints de troubles mentaux et de réduire au minimum un important facteur de risque d'autres maladies.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie fait preuve de leadership en examinant cet aspect important de notre régime de soins de santé. Tout ce qu'il faut, c'est avoir la volonté politique commune de faire tomber les barrières qui empêchent d'aller de l'avant avec la réforme de la santé mentale.

I have left more complete brief with references with your staff to inform the work of your committee. Thank you, again for the opportunity to present to you. I look forward to your final report and working with others to improve the mental health and well-being of Canadians.

Mr. Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions, British Columbia Ministry of Health Services: The Ministry of Health Services in British Columbia thanks Senator Michael Kirby and the members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for recognizing the importance of supporting individuals and families who live with mental illness and addictions. This is an opportunity to shape federal strategy. It is a valuable process, and most of all, it is a message to Canadian citizens that mental illness should receive equal priority to physical illness.

I will share with you a story of what we are doing in B.C., the changes we have made, and then make some recommendations from our learning. We hope it will be helpful to you.

Over the past four years, the British Columbia Ministry of Health Services has embarked on mental health reform in B.C. and more recently, over the past two years, has integrated addictions reform into our mental health reform activities.

I would like to share with you the vision for the health care system for mental health and addiction services in B.C. We envision a comprehensive, integrated, evidence-based health care system — that is the whole health care system, not just a separate system — that provides health promotion, prevention, treatment, and recovery-oriented mental health and addiction services. When we say recovery-oriented, we mean meeting the person where they are at, providing information, making sure they have access to the treatment they need, or if not treatment, the supports they need to succeed in their life.

This system of care will be consistent with the outcome of improved mental health of British Columbians: reduced disabilities, increased resiliency and self-care, and reduced need for health services. I emphasize the reduced need for health services. It is not reduced access. It is different.

Therefore, in B.C. we have about 4.2 million citizens in our province. Approximately 640,000 unique individuals access services for mental health related concerns or disorders each year. That tells us that we need a system that is not only comprehensive and integrated but that also can manage the varying levels of client need and their spread across our province. To face the issue of how we can do this, B.C. has been

J'ai laissé à votre personnel un document d'information plus complet, accompagné de références, que le comité pourra consulter. Je vous remercie encore de m'avoir invité à témoigner. J'attends avec impatience votre rapport final et l'occasion de travailler avec les autres intervenants en vue d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens.

Mme Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique: Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique remercie le sénateur Michael Kirby et les membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'avoir reconnu l'importance d'appuyer les personnes et les familles aux prises avec la maladie mentale et la toxicomanie. C'est l'occasion idéale d'élaborer une stratégie fédérale. Le processus est utile et, surtout, c'est un message envoyé à tous les Canadiens pour leur faire comprendre qu'il faut accorder autant de priorité à la maladie mentale qu'à la maladie physique.

Je vais vous décrire ce que nous sommes en train de faire en Colombie-Britannique, les changements que nous avons apportés, puis faire des recommandations tirées de ce que nous avons vécu. Nous espérons qu'elles vous seront utiles.

Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique s'est lancé il y a quatre ans dans une réforme de la santé mentale dans la province et, plus récemment, c'est-à-dire depuis deux ans, il cherche à y intégrer la toxicomanie.

J'aimerais partager avec vous la vision du système de santé qu'a la Colombie-Britannique pour assurer la prestation des services aux malades mentaux et aux toxicomanes. Nous visons un système de santé complet, intégré et fondé sur des preuves, c'est-à-dire un système de santé entier, plutôt qu'un système distinct qui offre des services de promotion de la santé, de prévention, de traitement et de rétablissement uniquement en matière de santé mentale et de toxicomanie. Quand nous parlons de services axés sur le rétablissement, nous parlons de rencontrer la personne là où elle se trouve, de lui donner de l'information, de faire en sorte qu'elle ait accès aux traitements dont elle a besoin ou, si elle n'a pas besoin de traitement, du soutien dont elle a besoin pour réussir dans la vie.

Ce système de soins cadrera avec le résultat visé, soit une amélioration de la santé mentale de la population de la Colombie-Britannique, en d'autres mots moins de déficiences, une plus grande résistance, un autotraitement accru et une baisse de la consommation des services de santé. Je souligne cette baisse de la consommation. Il n'est pas question de réduire l'accès, mais de tout autre chose.

Donc, en Colombie-Britannique, nous avons une population de quelque 4,2 millions d'habitants. Environ 640 000 personnes uniques ont recours chaque année aux services de santé pour des préoccupations ou des troubles d'ordre mental. Voilà qui indique que nous avons besoin d'un système qui est non seulement complet et intégré, mais qui est aussi capable de gérer le niveau variable des besoins de la clientèle et sa répartition un peu partout

restructuring their health authority and their ministry governance systems to set us up so that odds of us succeeding are increased.

Many years ago when I was a director of nursing for psychiatry in B.C., we had 128 plus unique hospital boards that ran our hospital's acute care. We had multiple ministries involved in providing all kinds of community services. As a director of nursing, I found that it was impossible to assist my staff in the limited time we had to help our clients and families connect with the services they needed. There were multiple barriers, different languages, and different registration requirements. It was impossible.

Then B.C. moved to a system where we had 52 health authorities. That was not enough of a change. We still had multiple ministries providing services, different admission criteria, different language, and the amount of time we spent as professionals trying to find out what services were available was ridiculous.

The current government has moved to a new governance system. We now have five health authorities — geographic health authorities — that manage the direct service delivery and one provincial health service authority that manages the provincial high-end type services.

Over the last two years we have seen that this has created opportunities to create a more equitable system with coordinated range of local, regional, and provincial mental health and addiction services for all British Columbians regardless of where they live in the province. We are not there yet, but the opportunity for the integration and reduced duplication has certainly been increased.

The other opportunity that this provided was to create more effective and efficient services coordinated by a single accountable agency within regions, large enough to recruit and retain mental health and addiction professionals and to achieve economies of scale that we had never been able to do before. That process was certainly helpful to us.

Additionally, we could create a more accountable system of care because we created regional performance contracts that set out in detail how health needs will be met and more clearly articulated expectations for all concerned. That is an ongoing process. It is difficult to create those contracts, and we are working hard to change them, make them more effective with health authorities assistance and other feedback. However, it is the first time in B.C. we have actually held anyone accountable much for anything in health care. It is pretty exciting event.

dans la province. Pour pouvoir y faire face, la Colombie-Britannique a entrepris de restructurer son autorité sanitaire et les systèmes de gestion de son ministère de manière à multiplier les chances de succès.

Il y a de nombreuses années, quand j'étais directeur des soins infirmiers en psychiatrie de la Colombie-Britannique, nous avions plus de 128 conseils d'administration qui géraient les soins actifs dans nos hôpitaux. Plusieurs ministères participaient à la prestation de toutes sortes de services communautaires. En tant que directeur des soins infirmiers, je me suis rendu compte qu'il m'était impossible d'aider mon personnel, dans le peu de temps dont nous disposions, à aider nos clients et leurs familles à s'orienter vers les services dont ils avaient besoin. Il existait de nombreux obstacles, dont la langue et différentes exigences relatives à l'inscription. C'était impossible.

Puis, la Colombie-Britannique est passée à un système où il y avait 52 autorités de la santé. C'était trop peu de changement. La prestation des services continuait de relever de plusieurs ministères aux critères d'admission différents, utilisant différentes langues, et le temps que devaient consacrer les professionnels de la santé pour savoir quels services étaient offerts était ridicule.

Le gouvernement actuel a adopté un nouveau système de gouvernance. Nous avons maintenant cinq régions de la santé, des régions définies en fonction de territoires géographiques qui gèrent la prestation directe des services, et une seule région provinciale de la santé qui gère les services provinciaux de haute gamme.

Au cours des deux dernières années, nous avons pu observer que ce système a rendu possible la création d'un régime plus équitable qui offrirait à la population de la Colombie-Britannique toute une gamme coordonnée de services locaux, régionaux et provinciaux en matière de santé mentale et de toxicomanie, peu importe où elle habite dans la province. Nous n'en sommes pas encore là, mais il est certes beaucoup plus facile d'intégrer et de réduire les doublons.

L'autre possibilité que nous offre le nouveau système est d'offrir dans chaque région des services plus efficaces et plus efficaces sous la coordination d'un seul organe qui doit rendre des comptes et qui est suffisamment étendu pour recruter et conserver des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie et pour réaliser des économies d'échelle que nous n'avions jamais réussi à obtenir auparavant. Le processus a certainement été utile.

Par ailleurs, nous pouvons avoir un système de santé plus responsable parce que nous avons mis en place des contrats de performance régionale qui détaillent comment seront satisfaits les besoins de santé et énoncent plus clairement les attentes à l'égard de tous les intéressés. Il s'agit-là d'un processus permanent. Il est difficile de mettre en place ces contrats, et nous faisons de notre mieux pour les changer, pour les rendre plus efficaces avec l'aide des régions de santé et d'autres rétroactions. Cependant, c'est la première fois qu'en Colombie-Britannique, nous exigeons une véritable reddition de comptes dans le domaine de la santé. C'est très prometteur.

As we were doing that work, we also took the high-end tertiary psychiatry beds located at Riverview Hospital and we been devolving them to our health authorities. In addition in 1997, the community mental health services were devolved to health authorities. Two years ago, we devolved addiction community services to health authorities, as well as our supported independent living program that was managed centrally by the ministry.

For the first time in history of B.C., we have the full range of services located under single governance bodies. Their ability to reduce duplication, support integration and reduce barriers to service is there. Certainly, we need to turn our minds more to what we will do now that we have done this difficult task. It is not over. It is certainly a growth experience for all concerned.

We were very fortunate that this government created a Minister of State for Mental Health and Addictions. I have been working in the field of mental health care now for 35 years. This is the first time I have ever seen this. The creation of this position supported cross-ministry accountability for the impact of program changes on our target populations. It also supported discussion at the cabinet table of addictions and mental health issues in an open forum.

For us in the ministry and for our health authority partners, that meant that there was actual discussion about mental illness, which is different from mental health. We often say "mental health," but we are afraid of mental illness not mental health. Many of the moral issues attributed to people with addictions were discussed for the first time at a cabinet table. It has been an amazing to watch that over the last few years. A voice for mental health and addictions was created at the highest levels of our government.

Within the ministry, we not only underwent a reduction of the number of people in our areas. At the same time, our areas were integrated. We had to challenge ourselves to think of mental health and addictions together. Mental health and addictions actually sits under strategic initiatives and innovation. That was an interesting placement for that program, because it said that we could not sit still. Our job was different. It is very difficult to become a steward of the system as opposed to someone who was involved in direct service delivery.

We established goals for the ministry, which are different from goals for health authorities. Our goals relate to stewardship. I do not have time to share the details on each of the strategies, but I will highlight the goals for you.

The first goal was a comprehensive integrated client system of health care services for persons with mental disorders and substance use disorders. To support that, we put forward, and are still working on with partners, our provincial depression

Pendant que nous effectuons ces travaux, nous transférons aussi la responsabilité à nos régions de la santé des soins psychiatriques tertiaires haute gamme qui étaient situés à l'hôpital Riverview. De plus, en 1997, les régions de la santé se sont vues confier les services communautaires de santé mentale. Il y a deux ans, nous avons confié des services communautaires en matière de toxicomanie aux régions de la santé, de même que la responsabilité du programme subventionné de vie autonome qui était jusque là géré centralement par le ministère.

Pour la première fois dans l'histoire de la Colombie-Britannique, toute la gamme des services est regroupée sous l'autorité d'organes uniques. Le fait qu'ils sont capables de réduire les doublons, d'intégrer le soutien et d'abattre les obstacles aux services est indéniable. Naturellement, il faut décider de ce que nous allons faire maintenant que nous avons abattu ce difficile travail. La réforme n'est pas terminée. C'est certainement une occasion pour chacun de se développer.

Nous avons eu beaucoup de chance que ce gouvernement crée un poste de ministre d'État chargé des services de santé mentale et de toxicomanie. Je travaille dans le domaine de la santé mentale depuis maintenant 35 ans et c'est la première fois que je vois une chose pareille. La création de ce poste est venue appuyer la responsabilisation transministérielle à l'égard de l'incidence sur nos populations cibles des changements apportés aux programmes. Elle a également favorisé la tenue de discussions franches, au sein du Cabinet, sur les questions de toxicomanie et de santé mentale.

Pour nous, au ministère, et pour nos partenaires du secteur de la santé, cela signifiait qu'il y avait un véritable débat sur la maladie mentale, qui est différente de la santé mentale. Nous disons souvent «santé mentale» parce que nous avons peur de parler de «maladie mentale». Pour la première fois au sein d'un cabinet, on a abordé beaucoup de questions morales concernant les toxicomanes. C'est incroyable d'avoir pu observer l'évolution de la situation au cours des dernières années. Il était désormais possible de parler de santé mentale et de toxicomanie aux plus hautes instances du gouvernement.

Au sein du ministère, nous avons perdu des gens dans notre domaine de compétence et nous avons subi en même temps l'intégration des services. Nous avons dû relever le défi de penser à la fois à la santé mentale et à la toxicomanie. Celles-ci font d'ailleurs partie de la composante Initiatives stratégiques et innovation. C'était une bonne chose pour ce programme car nous devons évoluer. Notre travail était différent. C'est très difficile de devenir un gardien du système plutôt que de continuer à s'investir directement dans la prestation de services.

Nous avons fixé des objectifs pour le ministère, différents de ceux poursuivis par les autorités sanitaires. Ils concernent l'intendance. Je n'ai pas le temps de vous faire part des détails de chacune des stratégies élaborées, mais je vais vous présenter les points saillants de nos divers objectifs.

Le premier consistait à créer un système totalement intégré de services de soins de santé destiné à notre clientèle souffrant de troubles mentaux ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie. À l'appui de cette initiative, nous avons mis de

strategy, anxiety strategy, and addiction strategy. We also worked with the Ministry of Child and Family Development on their child and youth mental health plan.

To help health authorities create a comprehensive system, we funded the Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit at the University of British Columbia. They do not do research. They help us create evidence-based policy and support health authorities to do the same. That function is different from research. We needed a way to support evidence and examining the practice and policy at all levels. That is a very challenging job. We are fortunate to have some very expert people to assist us.

In addition, the ministry works with the Michael Smith Foundation for Research. They gave us the wonderful opportunity to identify areas of research required in mental health and addiction.

The next goal is a primary health care system that provides early detection and evidence-based care to persons with mental disorders or substance abuse disorders. In B.C., over 65 per cent of our clients who access services do through their general practitioner. There are more 4,500 GPs in B.C. For each GP on average, 15 per cent of their individual clients have mental health disorders. This tells us that we need to be working with the GPs.

On average in B.C., each month there are 10,000 new presentations of mental health disorder or addiction disorder. That does not mean they are new clients. It means that for first time it is recognized that they have a mental health or addiction disorder. The concept of ignoring the general practitioner's part of the health care system will not hold for us.

The next goal is a chronic disease management approach within health services and primary health care system. We are shifting our thinking from episodic care. We are very good at episodic care, but we need to do more to support the individual and family in managing their illness. First, they are a person, and second, they have the experience with the illness. We need to be working to reduce recidivism and relapse and to support that person to have a quality life.

The fourth goal, which is one of the most exciting, is the permanent communications infrastructure to improve mental health literacy. You cannot help people if they cannot understand what you are saying. You cannot have a physician supporting an individual if they do not understand the language the physician is using. We cannot have early identification and reduce the stigma

l'avant — et nous continuons de travailler avec nos partenaires dans ce sens — une stratégie provinciale de lutte contre la dépression, l'anxiété et la toxicomanie. Nous avons également collaboré avec le ministère de du Développement des enfants et de la famille dans le cadre de l'élaboration de son plan de santé mentale pour les enfants et les jeunes.

Afin d'aider les autorités sanitaires à mettre en place un système complet, nous finançons l'Unité de consultations communautaires et d'évaluation de la santé mentale de l'Université de la Colombie-Britannique. Celle-ci ne fait pas de recherches. Elle nous aide à définir des politiques raisonnées et à soutenir les autorités sanitaires pour qu'elles en fassent autant. Cette fonction est différente de la recherche. Nous avons besoin d'une façon de mettre à profit ces connaissances et d'examiner les pratiques et les politiques à tous les niveaux. C'est un travail très exigeant. Nous avons eu de la chance de nous faire aider par d'éminents spécialistes en la matière.

Par ailleurs, le ministère travaille avec la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé. Celle-ci nous a donné la magnifique occasion de cerner des domaines de recherche pertinents en santé mentale et en toxicomanie.

Le deuxième objectif est l'instauration d'un système de soins de santé primaires permettant de faire du dépistage précoce et de soigner les toxicomanes ou les personnes atteintes de troubles mentaux en se fondant sur des preuves. En Colombie-Britannique, plus de 65 p. 100 de notre clientèle a accès à nos services par l'intermédiaire des médecins généralistes dont le nombre dépasse les 4 500. En moyenne, 15 p. 100 des patients de chaque médecin généraliste souffrent de troubles mentaux. Ceci est un signe que nous devons travailler en collaboration avec ces médecins.

Toujours en Colombie-Britannique, on compte en moyenne chaque mois 10 000 nouveaux rapports concernant des troubles mentaux ou des problèmes de toxicomanie. Cela ne veut pas dire que ce sont de nouveaux clients. Cela signifie que pour la première fois, on reconnaît que ces personnes souffrent de troubles mentaux ou d'un problème de toxicomanie. Pour nous, le concept consistant à ignorer le rôle du médecin généraliste dans le système de soins de santé ne tient pas.

Le troisième objectif vise à mettre au point une approche de gestion des maladies chroniques dans le cadre des services de santé et du système de soins primaires. Nous sommes en train de réfléchir à autre chose qu'au traitement des troubles épisodiques. Nous sommes très bons dans ce domaine, mais nous devons faire plus pour aider les patients et leur famille à gérer leur problème. Premièrement, ce sont des personnes et, deuxièmement, elles connaissent leur maladie. Nous devons tenter de réduire les cas de récurrence et de rechute et aider ces gens à avoir une bonne qualité de vie.

Le quatrième objectif, l'un des plus passionnants, est la création d'une infrastructure de communication permanente pour améliorer l'éducation en santé mentale. Vous ne pouvez pas aider des gens qui ne comprennent rien de ce que vous leur dites. Un médecin ne peut pas répondre aux besoins de son patient si ce dernier ne comprend pas ce qu'il raconte. On ne peut

if do not know what we are talking about. This initiative started two years ago. It is truly one of the most exciting initiatives in which I have been involved in my career. I would love to give you more information at another time.

In addition to that, B.C. also has the B.C. health guide and a 24-hour, seven-day-a-week nurse line with access to pharmacists. This gives the people in B.C. access to quality health information, no matter where they live. The information is available whether they have a mental or physical illness.

We think these steps will support health authorities. They will also support the child and youth mental health plan because we are partnering with them. Also, we expect to shift the culture of B.C. over the next 10 years in terms of our level of mental health literacy.

That is exciting.

The last goal, not the least by far, is to implement core functions in public health that include mental health promotion, healthy child development and prevention of mental disorders and addictions. Our public health act is being reviewed and core functions are being identified so that we are confident that we are heavy on the prevention, promotion and early identification side. It is not enough to provide treatment; we need to be there earlier.

Those are our major strategies. The expected outcomes are improved mental health in the population; reduction in substance use problems in the population; and prevention of mental health problems, mental disorders and substance use disorders. Remember, mental health problems can lead to mental illness, but they are not a mental illness. Sometimes we get confused on that point. We also expect reduced impact and disability from mental health problems and mental disorders, and substance use disorders on individuals, families and the communities is another expected outcome. We work with our other ministries to do that. We also expect a reduced need for health services. We expect that the discrimination and stigma experienced by persons with mental health disorders and substance use disorders or problems will be reduced.

We would like to make a number of recommendations that are based on our experience to date. We are monitoring our system and have prepared two baseline reports. We are working hard to create better indicators, which we can share at a later time.

The B.C. Ministry of Health Services strongly supports mental health and addictions reform, which includes the comprehensive client-centred system of care closely linked with primary health care providing for chronic disease management approach and

pas faire de dépistage précoce et réduire les symptômes si on ne sait pas de quoi on parle. Cette initiative a commencé il y a deux ans. C'est vraiment l'une des plus passionnantes à laquelle j'ai participé dans toute ma carrière. Je serais vraiment ravie de vous donner davantage d'informations à ce sujet à un autre moment.

En plus, en Colombie-Britannique, nous avons un guide médical ainsi qu'une ligne téléphonique disponible 24 heures sur 24, sept jours par semaine, donnant accès à des infirmières et à des pharmaciens. Cela permet aux Britanno-Colombiens d'obtenir des informations de qualité en matière de santé, peu importe l'endroit où ils vivent. Ces renseignements sont disponibles autant pour les maladies mentales que physiques.

Nous pensons que ces mesures aideront les autorités sanitaires. Elles seront également utiles aux groupes s'occupant de la mise en oeuvre des plans concernant la santé mentale des enfants et des jeunes, avec lesquels nous avons créé des partenariats. De plus, nous nous attendons à un changement de culture, au cours des dix prochaines années dans la province, en ce qui concerne notre niveau de connaissances en santé mentale.

C'est passionnant.

Le dernier objectif, mais non le moindre, consiste à mettre en oeuvre les fonctions essentielles et à englober dans la santé publique la promotion de la santé mentale, le développement sain des enfants et la prévention des troubles mentaux et de la toxicomanie. Notre loi sur la santé publique fait actuellement l'objet d'une révision, et nous définissons également les fonctions de base pour être certains de bien mettre l'accent sur la prévention, la promotion et le dépistage précoce. Cela ne suffit pas de traiter les gens; il faut détecter leurs troubles plus tôt.

Voilà nos principales stratégies. Les résultats attendus sont une amélioration de la santé mentale de la population; la réduction de la consommation de drogues; la prévention des problèmes de santé mentale ainsi que des troubles mentaux et liés à la toxicomanie. Il ne faut pas oublier que les problèmes de santé mentale peuvent entraîner des maladies mentales, mais ce ne sont pas des maladies mentales. Parfois, il y a une certaine confusion à ce sujet. Nous comptons également sur une incidence réduite et une diminution des déficiences découlant des problèmes de santé mentale, des troubles mentaux et de la dépendance à l'égard des drogues chez les individus, les familles et la communauté dans son ensemble. Nous travaillons avec d'autres ministères pour y parvenir. Le but est aussi de réduire la pression qui s'exerce sur les services de santé. Nous cherchons également à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie soient moins discriminées et stigmatisées.

Nous voudrions faire un certain nombre de recommandations fondées sur l'expérience que nous avons acquise jusqu'à présent. Nous surveillons notre système de près et nous avons préparé deux rapports préliminaires. Nous travaillons fort pour élaborer de meilleurs indicateurs dont nous pourrions vous parler plus tard.

Le ministère de la Santé de Colombie-Britannique appuie fortement la réforme en matière de santé mentale et de toxicomanie, laquelle prévoit un système de soins intégré, axé sur les clients et étroitement lié au système de soins primaires, qui

ensuring quality information for clients, families and the general public. It should incorporate the social determinant of health in policy and service delivery.

In that context, we are recommending an integrated national policy framework that is comprehensive and addresses the continuum of mental health promotion, prevention of mental disorders and substance use disorders, early identification, intervention, treatment, monitoring, relapse prevention, harm reduction, and rehabilitation and recovery.

We also recommend a national mental health literacy program at a high level that includes funding for the provinces to implement mental health literacy programs that build on the national initiative. Canadians need to know what mental health is. They also need to know what mental illness is. They need to know how to take care of themselves and the people they love.

A national mental health and addictions policy framework needs to ensure that it includes more than health services. It must take into account the social determinants of health including, quality housing, supportive employment opportunities, return-to-work programs, educational opportunities, income supports, social support networks, and opportunities to participate in the community as productive citizens. Therefore, we would like to see not only a larger silo, but also an integrated plan that pulls the other silos together.

We would also like to see a federal commitment to enhance mental health and addiction service infrastructure. That means resources to deal with significant and urgent health care problems and the social burden of disease. Then, we would like to see provinces held accountable for outcomes rather than specific programs or service models.

Fifth, we would like to see federal support for primary health care reform. The first contact with the system determines subsequent access, and it can be one of the most powerful ingredients in the path to optimal health if we make sure that first contact is effective.

Finally, we would like to see the federal government encouraged to look at their mental health and addiction portfolio and planning structures. We would like to see some integration at the federal level that would reflect current best practices and a direction in service delivery and provincial policy. We require a shift from parallel tracks toward integrated national mental health and addiction strategies. Canadians need a health care system that does not shuffle individuals from one system of care to the other, but rather a system that ensures that every door is the right door.

prévoit une approche en matière de gestion des maladies chroniques et garantit une information de qualité pour les patients, les familles et le grand public. Cette réforme devrait tenir compte du déterminant social de la santé concernant les politiques et la prestation de services.

Dans ce contexte, nous recommandons un cadre stratégique national intégré qui soit complet et conforme au continuum de la promotion de la santé mentale, de la prévention des troubles mentaux et de la toxicomanie, du dépistage précoce, de l'intervention, du traitement, du suivi, de la prévention des rechutes, de la diminution des souffrances, de la réadaptation et de la guérison.

Nous recommandons également la création d'un programme national d'éducation en santé mentale de haut niveau qui prévoit le financement, pour les provinces, de la mise en oeuvre de programmes d'enseignement en la matière, dans le cadre d'une initiative nationale. Les Canadiens ont besoin de savoir ce que sont la santé mentale et la maladie mentale. Ils doivent savoir comment prendre soin d'eux-mêmes et de leurs êtres chers.

Un cadre stratégique national en matière de santé mentale et de toxicomanie doit englober plus que les services de santé. Il doit prendre en compte les déterminants sociaux de la santé dont des logements décentes, des débouchés intéressants, des programmes de retour au travail, des occasions de perfectionnement, des aides au revenu, des réseaux d'aide sociale et la possibilité de faire partie de la communauté comme un citoyen à part entière. Par conséquent, nous voudrions non seulement voir une structure plus élargie, mais aussi un plan intégré qui réunisse toutes ces structures.

Nous voudrions également que le gouvernement fédéral s'engage à promouvoir le développement des infrastructures de services en santé mentale et en traitement de la toxicomanie. Cela suppose le déploiement de ressources permettant de régler rapidement des problèmes de santé graves et d'alléger le fardeau social de la maladie. Ensuite, nous voudrions que les provinces soient tenues responsables des résultats plutôt que des programmes spécifiques ou des modèles de services.

Cinquièmement, nous voudrions que le fédéral appuie la réforme des soins de santé primaires. Le premier contact avec le système détermine l'accès subséquent aux services. Si nous veillons à ce que ce premier contact soit efficace, il peut se révéler un élément des plus décisifs pour s'orienter sur la voie de la guérison.

Enfin, nous voudrions que le gouvernement fédéral examine ce que font ses ministères en matière de santé mentale et de toxicomanie et qu'il revoie ses structures de planification. Nous souhaiterions voir une certaine intégration, au niveau fédéral, qui refléterait les meilleures pratiques actuelles et une orientation claire dans la prestation des services et les politiques provinciales. Nous voudrions en venir à l'élaboration de stratégies nationales intégrées en matière de santé mentale et de toxicomanie. Les Canadiens ont besoin d'un système de santé qui ne renvoie pas les patients d'un endroit à un autre, mais plutôt d'un système qui s'assure que tout le monde frappe à la bonne porte.

The Chairman: I thank all of you for those comments. That will open up a very interesting discussion period. By the way, I know Mr. Block has to leave relatively soon, but as I understand it Ms. Harrison will stay and participate.

Before turning to my colleagues, can I ask all of you a general question that has been troubling us for some time? I think Dr. Millar said that about 80 per cent of the treatments that go on in mental health fall technically outside of the formal mental health policy area, in the sense that they are not part of the hospital doctor system.

How have your various provinces gotten around the problem that a huge number of mental health services given to residents of provinces are not part of the publicly funded system, at least directly? Now, it is confusing. It may be that some of the group homes, for example, are funded through some other department — a department of community services or whatever.

How have you gotten around what seems to me to be an almost intractable collection of delivery systems that do not fit a government structure that is conditioned to deal with narrowly defined health in one place, or homelessness in another or assisted housing in another? Have you been able to get your hands around all of that?

Mr. Block, will you begin?

Mr. Block: That is an excellent question and a difficult problem. We have taken some initiatives in Alberta. I mentioned that we have developed a provincial mental health plan. Within that plan, we involve nine separate government ministries over and above health and wellness and ourselves. The plan, when it was finally signed off, included all the other nine ministries. We felt this was a first step bringing together the different pieces. In the accreditation that I referenced earlier in my comments, this was noted as one of our best practices and received a commendation.

When we look at strategies to bring those pieces together, it clearly has to be a collaborative partnership with many groups and organizations. We are not there yet, as I suspect you will hear from the others, but that is the first place — to bring all the people together and recognize that the determinants of health are as important as other aspects.

The Chairman: Can I ask you a follow-up to that? Am I right that a fair number of services would not even be caught in what you did, because they are not publicly funded? That is to say, either individuals pay for it themselves by way of counselling or services, for example, or drug therapy plans are covered by an individual's drug plan.

Le président: Je vous remercie tous pour ces commentaires. Je crois que cela marque le début d'une discussion très intéressante. À ce propos, je sais que M. Block doit nous quitter relativement tôt, mais j'ai cru comprendre que Mme Harrison pourra rester et participer au débat.

Avant de céder la parole à mes collègues, j'aimerais vous poser une question d'ordre général qui nous trouble depuis quelque temps déjà. Je crois que le Dr Millar a dit qu'environ 80 p. 100 des traitements en santé mentale échappent techniquement à la politique officielle en la matière, en ce sens qu'ils ne font pas partie du système de médecine hospitalière.

Comment les différentes provinces ont-elles réagi au fait qu'un très grand nombre de services en santé mentale fournis à leurs résidents ne faisaient pas partie du système public, au moins directement? C'est troublant. Cela tient peut-être au fait que certains centres d'hébergement, par exemple, sont financés par quelqu'autre ministère, un qui s'occupe des services communautaires ou je ne sais quoi.

Comment avez-vous fait face à ce qui me semble être un ensemble presque inextricable de systèmes de prestation de services non adapté à une structure gouvernementale conditionnée pour s'occuper strictement de certains problèmes de santé à un endroit, des sans-abri ailleurs ou encore de l'aide au logement? Avez-vous réussi à cerner le problème?

Monsieur Block, voulez-vous commencer?

M. Block: C'est une excellente question et un problème difficile. Nous avons pris quelques initiatives en Alberta. J'ai mentionné que nous avons mis au point un plan provincial en santé mentale. En vertu de ce plan, nous faisons appel à neuf ministères différents, surtout celui de la santé et du bien-être. Ce plan, lorsqu'il a enfin été ratifié, prévoyait la participation de neuf autres ministères. Nous pensions que c'était la première étape à franchir pour réunir les différentes pièces du puzzle. Dans l'accréditation à laquelle j'ai fait référence un peu plus tôt, cet élément était considéré comme l'une de nos meilleures pratiques et avait reçu une mention élogieuse.

Lorsque nous examinons les stratégies à mettre en oeuvre pour rassembler ces différentes pièces, nous savons évidemment que cela passe par la création de solides liens de partenariat avec plusieurs groupes et organisations. Nous n'en sommes pas encore là, comme d'autres vous le diront, mais ceci est la première étape qui consiste à réunir tous les intervenants et à reconnaître que les déterminants de la santé sont aussi importants que d'autres aspects.

Le président: Puis-je vous demander de nous tenir au courant de l'évolution de la situation? Ai-je raison de croire qu'un nombre important de services ne seraient même pas visés par ce que vous avez annoncé étant donné qu'ils ne sont pas financés par des deniers publics? Les gens doivent-ils payer directement les conseils ou services qu'ils reçoivent, par exemple, ou est-ce que les plans de thérapie médicale sont couverts par les régimes d'assurance-médicaments?

What portion of the mental health services that people in Alberta get is, in fact, not in the envelope because they are not publicly funded?

Mr. Block: I do not think I could give you a number today.

The Chairman: Any feel for it?

Mr. Block: I think it is high. The non-government organizations are certainly heavily involved in all aspects, but honestly Senator Kirby, I could not —

The Chairman: Are they part of your plan?

Mr. Block: They participated in that plan, yes.

Dr. Millar: In Nova Scotia, we are not addressing that issue very well for adults. Because of historical funding arrangements, housing for mental health clients comes under community services, because there were 50-cent dollars available to community services but not to health.

There is some private-practice psychology and social work available. When I said that 80 per cent is provided outside of the formal mental health system, most of that in Nova Scotia is still provided within the health system, however, it is provided by general practitioners, who often have not mental health training.

For children we have done a better job. It has been through the goodwill of people in the various departments. We have what is called a child and youth action committee, which has been in operation for about eight years. It started out with senior people from departments of education, justice, community services, and health getting together for coffee. It has grown to a formal structure where we meet every two weeks, and we develop joint plans for developing new programs. We implemented some this past year through health, but when we went to the cabinet table, all four departments went together and supported it.

We have been able to move the children's agenda forward somewhat. It is still very much underfunded, very much under-resourced, but there is some goodwill and intent to work together to try to develop the appropriate treatment services — residential services, in-school services and those sorts of things.

The Chairman: Do you have any documentation on your children's program that you could send us so that we can understand the structure and how it works?

Dr. Millar: I certainly could.

The Chairman: What do you do with the private sector groups that are out there that do not fall under the auspices of government?

Quelle part des services en santé mentale offerts aux Albertains n'entre pas dans l'enveloppe budgétaire, puisqu'ils ne sont pas financés par des fonds publics?

M. Block: Je ne sais pas si je pourrais vous donner un chiffre aujourd'hui.

Le président: Vous n'en avez aucune idée?

M. Block: Je pense que c'est beaucoup. Les organisations non gouvernementales jouent un rôle très important dans tous les aspects, mais honnêtement, sénateur Kirby, je ne pourrais pas...

Le président: Font-elles partie de votre plan?

M. Block: Oui, elles y ont participé.

Le Dr Millar: En Nouvelle-Écosse, nous ne nous attaquons pas très bien à ce problème pour les adultes. Étant donné les ententes de financement historiques, le logement des personnes atteintes de troubles mentaux relève des services communautaires car ces services étaient financés jusqu'à concurrence de 50 p. 100, mais pas la santé.

Des services de psychologues en pratique privée et de travailleurs sociaux sont également disponibles. Lorsque j'ai dit que 80 p. 100 échappaient au système de soins de santé mentale officiel, je dois ajouter que dans la plupart des cas, en Nouvelle-Écosse, ces services demeurent au sein du système de santé, toutefois ils sont fournis par des médecins généralistes qui n'ont souvent pas de formation adéquate en santé mentale.

Pour les enfants, nous avons fait un meilleur travail. C'est grâce à la bonne volonté des gens de différents ministères. Nous avons mis sur pied ce que nous appelons un comité d'action pour les enfants et les jeunes, qui fonctionne depuis environ huit ans. Il a pris forme quand des cadres des ministères de l'Éducation, de la Justice, des Services communautaires et de la Santé se sont réunis pour prendre un café et aborder les problèmes. Il s'est développé pour acquérir une structure formelle, et nous nous réunissons maintenant chaque deux semaines pour élaborer des plans conjoints et de nouveaux programmes. Nous en avons mis en oeuvre quelques-uns l'année dernière grâce au ministère de la Santé, et lorsque nous nous sommes présentés devant le Cabinet, les quatre ministères concernés se sont unis et ont appuyé l'initiative.

Cela nous a permis de faire quelques progrès. Néanmoins, nous souffrons toujours d'un sous-financement très important, nous manquons énormément de ressources, mais il y a de la bonne volonté et le souci de travailler en collaboration pour mettre au point les services de traitement appropriés — services d'hébergement, services dans les écoles et autres choses du genre.

Le président: Pourriez-vous nous envoyer de la documentation sur votre programme pour les enfants de façon à ce que nous comprenions bien sa structure et son fonctionnement?

Le Dr Millar: Certainement.

Le président: Que faites-vous avec les groupes du secteur privé qui sont sur le terrain mais qui ne travaillent pas sous l'égide du gouvernement?

Dr. Millar: We do not do anything. They are out there on their own. There are advocacy groups providing some services. I have what is called a mental health steering committee, which is the group that has developed our standards and strategic directions.

The Chairman: Does that include non-governmental people?

Dr. Millar: Yes, it does. It also includes direct consumers who sit on that steering committee and help us to make the policy.

The Chairman: Mr. Block, did you have direct consumers in the development of your plan?

Mr. Block: Yes. If I could add, within the plan we had 500 written submissions from the public. We felt that was quite a good response.

The Chairman: That is amazing.

Ms. Clarkson: The system in B.C., under health authorities for mental health and addictions, includes mental health boarding homes, residential, addiction supportive recovery, and addiction facilities. The community system — actually under health authorities — also includes a supported independent living program, which is providing supports into the home. There is also a rent supplement initiative, through B.C. Housing. The community side for mental health is about between \$450 million annualized to \$500 million.

We did a cross-sector look about three months ago, and B.C. spends just under \$1 billion each year across the full sector, which would mean our pharmacare program — because clients have access to plan G, and other benefits when they have low income — the medical services plan, the addiction services now under health authorities. In total, it is about \$1 billion or maybe 8 to 10 per cent of our total budget and growing. The Ministry of Health services has an annualized budget of more than \$9 billion.

The issue is not with the non-profits, because health authorities do RFPs and contracts. The majority of mental health boarding home and like services are contracted out. Health authorities contract for those, as they do for many of the addiction services, hence there is a partnership between health authorities and those non-profit agencies.

The Chairman: That tells me that a number of your services, although publicly funded, are farmed out to NGOs, maybe even some for-profits. That is not the issue, but they are farmed out.

Le Dr Millar: Nous ne faisons rien. Ils sont là de leur propre initiative. Ce sont des groupes de défense des intérêts qui fournissent certains services. J'ai ce que l'on appelle un comité directeur en santé mentale, qui est le groupe ayant élaboré nos normes et défini notre orientation stratégique.

Le président: Y a-t-il des gens du secteur non gouvernemental?

Le Dr Millar: Oui. Cela inclut également les consommateurs directs qui siègent à ce comité directeur et nous aident à préparer les politiques.

Le président: Monsieur Block, avez-vous fait appel directement à des consommateurs dans le développement de votre plan?

M. Block: Oui. Si je puis me permettre d'ajouter quelque chose, dans le cadre de l'élaboration de notre plan, nous avons reçu 500 propositions écrites du public. Nous considérons que c'est un très bon taux de réponse.

Le président: C'est incroyable.

Mme Clarkson: En Colombie-Britannique, pour les autorités sanitaires qui s'occupent de santé mentale et de toxicomanie, le système inclut des foyers pour les personnes atteintes de troubles mentaux, des centres d'hébergement, des aides pour la guérison des toxicomanes et des installations pour le traitement de la toxicomanie. Le système communautaire — qui dépend d'ailleurs des autorités sanitaires — applique également un programme de préparation à la vie autonome, qui accorde un soutien à domicile. Il existe également un volet «supplément de loyer» mis en oeuvre dans le cadre du programme de logement de la Colombie-Britannique. Les services communautaires en santé mentale représentent autour de 450 à 500 millions de dollars par année.

Il y a environ trois mois, nous avons fait une étude inter-sectorielle, et la Colombie-Britannique dépense un peu moins d'un milliard de dollars par année dans l'ensemble du secteur; cela comprend les services pharmaceutiques — parce que les clients à faible revenu ont accès au plan G et à d'autres prestations — les services médicaux et les services d'aide aux toxicomanes, qui relèvent maintenant des autorités sanitaires. Au total, cela représente environ un milliard de dollars ou peut-être 8 à 10 p. 100 de notre budget total, et cela ne cesse d'augmenter. Le ministère de la Santé dispose d'un budget annuel de plus de neuf milliards de dollars.

Ce ne sont pas les organismes à but non lucratif qui posent problème car les autorités sanitaires lancent des appels d'offres et signent des contrats avec eux. La plupart des services d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles mentaux et d'autres services connexes sont donnés en sous-traitance. Les autorités sanitaires signent des contrats avec ces organismes, tout comme elles le font pour beaucoup des services fournis aux toxicomanes; il y a donc un partenariat entre les autorités sanitaires et ces organismes à but non lucratif.

Le président: Cela me dit que certains de vos services, même s'ils sont payés par l'État, sont fournis en sous-traitance par les ONG, dont certains, même, dans un but lucratif. Ce n'est pas la question, mais ils sont donnés en sous-traitance.

Are there pieces of the delivery that are not publicly funded? There is obviously a fair bit in the counselling area that is not publicly funded. They are not included in any way, shape or form in the mental health plan as such. Is that right?

Ms. Clarkson: I am not clear what you mean by “not included.”

The Chairman: Are the data that you have related to public expenditure? How much, in addition to the \$1 billion that you mentioned, would you guess individuals are paying for privately funded services? My guess is that it is a pretty big number.

Ms. Clarkson: Other sources include employee assistance programs, which have been reviewed recently but the report has not been released yet.

The Chairman: In B.C. or nationally?

Ms. Clarkson: In B.C. the report looks at workplace initiatives. A concern is how we will approach the issue of ensuring appropriate access to cognitive behavioural therapy. Currently, community mental health units have psychologists who provide that therapy. That is one area that has shown the most opportunity and promise in terms of evidence-based intervention. The private psychologist system is there and it is a healthy system, but if you do not have access to funding, you would be waiting at a community mental health unit for access. That is a real concern.

The Chairman: I assume that is true in the other two provinces, as well. I also assume that public funds are not used to access private counselling services?

Ms. Clarkson: A health authority is free contract for those services and some of them do.

The Chairman: In the same way companies hire employee assistance plans?

Ms. Clarkson: Exactly.

Senator LeBreton: Dr. Millar, you said something about stigma and the treatment of people with mental illness problems that we have heard repeatedly. Even in the hospitals, health care professional put them last on the list.

Australia seems to be so far ahead of us in on this particular issue. They were big on the national mental health literacy program — not only for the people who potentially might suffer these illnesses, but also for the public at large on the question of stigma.

My first question is addressed to Dr. Millar, however the others should feel free to jump in. In addition to starting with a very significant program of mental health literacy, is there some system that should be put in place in order to re-educate the health professionals? When we get people into the health care professions, is there an area into which we should be streaming a

Y a-t-il des éléments de services qui ne sont pas payés par l'État? De toute évidence, une bonne part de l'aspect consultation n'est pas financée par les contribuables. Ce n'est pas compris en aucune façon, sous aucune forme dans le plan pour la santé mentale en tant que tel. N'est-ce pas?

Mme Clarkson: Je ne comprends pas tout à fait ce que vous entendez par «pas compris».

Le président: Est-ce que les données que vous avez ont un rapport avec les dépenses de l'État? Combien, outre ce milliard de dollars dont vous avez parlé, d'après vous, les gens payent-ils pour des services offerts par le secteur privé? À mon avis, ce doit être beaucoup.

Mme Clarkson: D'autres sources comprennent les programmes d'aide aux employés, qui ont fait l'objet récemment d'un examen, mais le rapport n'a pas encore été publié.

Le président: En Colombie-Britannique, ou à l'échelle nationale?

Mme Clarkson: En Colombie-Britannique, le rapport s'intéresse aux initiatives en milieu de travail. On se préoccupe de la manière dont on pourra assurer un accès approprié à la thérapie cognitivo-comportementale. Actuellement, les services communautaires de santé mentale ont des psychologues qui offrent cette thérapie. C'est un domaine qui offre le plus de possibilités et de promesses, en fait d'intervention fondée sur des données probantes. Le réseau privé de psychologues existe et c'est un réseau sain, mais sans accès au financement, on doit attendre de pouvoir accéder à un service communautaire de santé mentale. C'est une préoccupation réelle.

Le président: Je suppose qu'il en est de même dans les autres provinces. Je suppose aussi que les fonds publics ne donnent pas accès aux services privés de consultation?

Mme Clarkson: Les autorités sanitaires sont libres d'offrir ces services en sous-traitance, et certaines le font.

Le président: De la même manière que les compagnies embauchent des services d'aide aux employés?

Mme Clarkson: Exactement.

Le sénateur LeBreton: Docteur Millar, vous avez dit quelque chose à propos de stigmatisation et du traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, dont nous entendons parler constamment. Même dans les hôpitaux, les professionnels de la santé les mettent au bas des listes.

L'Australie semble être tellement plus avancée que nous sur ce plan particulier. Ils ont beaucoup fait avec leur programme national de littératie sur la santé mentale — non seulement pour les gens qui pourraient souffrir de ces maladies, mais aussi pour le public en général, en ce qui concerne les stigmates.

Ma première question s'adresse au Dr. Millar, mais les autres témoins sont invités à intervenir s'ils le veulent. À part le lancement d'un vaste programme de littératie sur la santé mentale, faudrait-il créer une espèce de système pour rééduquer les professionnels de la santé? Lorsqu'on accueille des gens dans les professions de la santé, y a-t-il un domaine vers lequel on devrait

specific number for training to deal with this huge, growing illness? People are trained for cardiac and other kinds of illnesses. Are we missing the boat, so to speak, on properly training health care professionals in mental health and mental illness area?

Dr. Millar: That is a very good question. Yes, we are missing the boat.

Take physician training, for example. Before a student physician has to make a choice for the Canadian residents matching service, he has not yet had a psychiatry rotation — he is lucky if he has had a general practice rotation. He has to make a decision on what he will spend the rest of his life.

When nursing was a three a three-year diploma program, students spent a significant amount of time in mental health nursing. Under the four-year bachelor program, some nurses can actually get through without taking any mental health training at all. Mental health has now become a post-graduate course.

In Nova Scotia, we recently stopped our post-graduate specialty program for mental health nursing. When I worked in Saskatchewan, they had registered psychiatric nursing programs; I think Alberta still does, but we do not have that anywhere else in the country. Training of our front line health providers is sadly lacking in mental health or psychiatry training.

You mentioned the Australian program. We were very fortunate to recruit Dr. Steven Kisley from Australia. He is heading up my anti-stigma committee in the province and trying to help us out. We planned to first tackle emergency rooms. We got such a backlash that we backed off and tackled the press instead. If you have been reading *Maclean's* and *National Post*, we made headlines on our crazy idea of checking up on the press. Some people were surprised at the reaction from the press. I was not. We hit a raw nerve, and they reacted like anyone does when a raw nerve is hit. It is a huge issue. Our training system has to change.

With shared care, where mental health professionals actually become part of primary care practices — be they social workers, psychologists or mental health nurses with input from psychiatrists working in general practice settings full-time. There is a chance there to start educating people with hallway consultations as well as the normal consultations in the coffee room chatter.

However, that needs to be expanded. It is happening slowly. We are moving in Nova Scotia to try to get some of that out.

acheminer un nombre particulier de personnes pour qu'elles reçoivent une formation pour composer avec ce mal de plus en plus répandu? Les gens reçoivent une formation pour les maladies cardiaques et d'autres types de maladie. Est-ce que nous manquons le coche, pour ainsi dire, d'une formation appropriée des professionnels de la santé dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales?

Le Dr Millar: C'est une excellente question. Oui, nous manquons le coche.

Prenez, par exemple, la formation d'un médecin. Quand un étudiant en médecine doit faire un choix pour le Service canadien de jumelage des résidents, il n'a même pas encore fait de stage en psychiatrie, et il a de la chance s'il a eu l'occasion de faire un stage en pratique générale. Il doit déjà prendre une décision qui engagera le reste de sa vie.

Lorsque les sciences infirmières étaient un programme du diplôme de trois ans, les étudiants passaient beaucoup de temps dans le domaine de la santé mentale. Avec le programme de baccalauréat de quatre ans, certains étudiants en sciences infirmières peuvent faire tout le cours sans recevoir la moindre formation en santé mentale. La santé mentale est maintenant un cours de cycle supérieur.

En Nouvelle-Écosse, nous avons récemment fermé notre programme de spécialisation de deuxième cycle en soins infirmiers-santé mentale. Lorsque je travaillais en Saskatchewan, ils avaient des programmes pour devenir infirmières ou infirmiers autorisés en soins psychiatriques; je pense que l'Alberta en a encore, même si cela n'existe nulle part ailleurs dans le pays. La formation de nos fournisseurs de soins santé de première ligne manque lamentablement de formation en santé mentale ou en psychiatrie.

Vous avez parlé du programme australien. Nous avons eu la chance de pouvoir recruter le Dr Steven Kisley, de l'Australie. Il dirige mon comité antistigmaté dans la province, et il essaie de nous aider. Nous comptons nous attaquer d'abord aux salles d'urgence. La réaction a été si brutale que nous avons dû faire marche arrière et commencer, plutôt, par les médias. Si vous avez lu *Maclean's* et le *National Post*, nous avons fait les manchettes avec notre idée folle de faire l'examen des médias. Certaines personnes se sont étonnées de la réaction des médias. Pas moi. Nous avons touché un nerf sensible, et ils ont réagi comme n'importe qui le ferait quand un nerf sensible est touché. L'enjeu est énorme. Notre système de formation doit changer.

Avec le partage des soins, où les professionnels de la santé s'intègrent réellement aux pratiques de soins primaires — que ce soit des travailleurs sociaux, des psychologues ou des infirmiers et infirmières en santé mentale, avec une participation de psychiatres qui travaillent dans un contexte généraliste à temps plein. C'est là qu'il y a une possibilité de commencer à éduquer les gens dans le cadre des entretiens de couloir et des dialogues pendant la pause-café.

Cependant, il faut élargir la démarche. Cela se fait lentement. Nous nous efforçons, en Nouvelle-Écosse, de répandre cette pratique.

Mr. Block: One of our board members is the new Dean of Medicine at the University of Alberta. He is interested in seeing us advance training and education for general physicians. He would love to work in collaboration with other interested provinces.

I met yesterday with the members of the Canadian Medical Association. We were talking about putting together a national committee agenda on this area. We think it is worthy of federal support. We will be issuing letters from the CMA, and probably the CPA, requesting participation from all the provinces some time later this fall.

Ms. Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy and Liaison, Alberta Mental Health Board: When we developed the Alberta provincial mental health plan very recently, we did involve academics. We also involved people who are teaching nurses, doctors and psychologists. We asked them the questions that you are asking. These are difficult questions to answer.

It became clear to us that the academic stream is not always in synch with the demand and need in the field. We have agreed that we need to work more closely to think about trends coming up: What is the demand and need for certain professions? Are the schools getting ready for that? Are they responding to the real needs or what they think they might be? There is some disconnect.

We involved community groups in our planning process. They told us that there is a big untapped resource in the area of the development of the children's mental health framework and the provincial mental health plan. They told us that they could be part of the mental health workforce and provide support for what is being done. They can also help communities and children. We identified that we can help those community groups with some training.

I always feel a need to jump in when we talk about training professionals in order to expand the thinking a little bit. There are others outside particular groups of professionals who can be a tremendous resource in the area of mental health, especially when we talk about expanding mental wellness to include the determinants of health and community wellness as well.

Ms. Clarkson: In British Columbia, the BCSS, the British Columbia Schizophrenia Society has been getting their tool kits into schools and working with youth. Some of the research shows that kids' attitude on addiction, use of alcohol and other substances is set by grade four. What they believe to be acceptable behaviour is set that early. It is interesting that we teach them about the Canada food groups but we do not teach them about the mental health food groups. What is good for one's mental health? What coping skills can one have?

M. Block: L'un de nos administrateurs est le nouveau doyen de département de médecine de l'Université de l'Alberta. Il aimerait nous voir faire des progrès en matière de formation et d'éducation des médecins généralistes. Il aimerait beaucoup travailler en collaboration avec d'autres provinces intéressées.

J'ai rencontré, hier, les membres de l'Association médicale canadienne. Nous parlions de dresser un programme pour un comité national sur la question. Nous pensons que cela mérite le soutien du gouvernement fédéral. Un peu plus tard, à l'automne, nous allons envoyer des lettres de l'AMC, et probablement de l'APC, pour demander la participation de toutes les provinces.

Mme Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison, Alberta Mental Health Board: Lorsque nous avons conçu le régime de santé mentale provincial de l'Alberta, tout récemment, nous y avons fait participer les universités. Nous avons eu aussi l'apport de gens qui enseignent aux infirmières et infirmiers, de médecins et de psychologues. Nous leur avons posé les questions que vous posez. Ce sont des questions difficiles.

Il nous est apparu clairement que le milieu universitaire n'est pas toujours très au fait de la demande et du besoin, en la matière. Nous nous sommes entendus qu'il nous faudra collaborer plus étroitement pour réfléchir aux tendances qui se profilent à l'horizon: Quelle est la demande, quels sont les besoins relativement à certaines professions? Est-ce que les écoles s'y préparent? Est-ce qu'elles répondent aux besoins réels, ou encore à ce qu'elles pensent qu'ils doivent être? Il y a une certaine déconnexion.

Nous avons fait participer des groupes communautaires à notre processus de planification. Ils nous ont dit qu'il y a une immense ressource non exploitée, relativement à l'élaboration d'un cadre de santé mentale des enfants, et du régime de santé mentale provincial. Ils nous ont dit qu'ils pourraient faire partie de l'effectif de la santé mentale et apporter leur soutien à ce qui se fait. Ils peuvent aussi aider les communautés et les enfants. Nous avons déterminé que nous pouvons aider ces groupes communautaires en leur offrant une certaine formation.

Je ressens toujours le besoin d'intervenir lorsqu'on parle de former les professionnels pour ouvrir un peu le mode de pensée. Il y a d'autres groupes extérieurs particuliers de professionnels qui pourraient être une énorme ressource dans le domaine de la santé mentale, particulièrement lorsqu'on parle d'élargir le concept de santé mentale pour englober les déterminants de la santé et du bien-être communautaire.

Mme Clarkson: En Colombie-Britannique, la BCSS, la British Columbia Schizophrenia Society, a diffusé ses trousseaux d'outils dans les écoles, et travaille avec les jeunes. Certaines recherches démontrent que les attitudes des enfants relativement à la toxicomanie, à la consommation d'alcool et d'autres substances, se développent dès la quatrième année de scolarité. Leur perception de ce qui peut être un comportement acceptable commence déjà là. Il est curieux que nous leur parlions, dans notre enseignement, des groupes d'aliments du Canada, mais pas

In B.C., the Ministry for Family and Child Development have a real cool tool kit that will be put into every school in B.C. that is similar to a program that was launched in Australia. It teaches kids at the grade level of four how to manage anxiety. What is stress? What is anxiety? What are the coping skills? Australia has had really good results.

We need to remember that an adult chooses to go into a certain field. However, most of our attitudes are formed very young. By the time we are teenagers, we are quite set in our ways about many of our beliefs. It is much more difficult to change beliefs later through mental health literacy for adults than to give children and youth training in mental health literacy.

I must give kudos to the Ministry for Child and Family Development in B.C. and the education system because they are beginning to think differently about how we support youth to gain skills instead of just screening them for early signs of illness. That is such a different approach.

Senator LeBreton: British Columbia appears to be well-engaged in health care reform. When I listened to you speaking I was glad my son and my two grandchildren live in British Columbia.

Each of you is making great progress, obviously, in your own provincial jurisdictions. Is there any capacity, at the present time, for you to share your information with each other? What kind of system is in place to share what is being done in B.C. with Alberta or Nova Scotia? Is there any oversight body at all? Perhaps Dr. Millar could start.

Dr. Millar: I was the chair of the Advisory Network on Mental Health, which is no longer funded by the Council of Deputy Ministers of Health. That group continues to meet twice a year at various venues in the country. Those who host the meeting show off the things that they are doing. Things of interest from other parts of the country are shared.

The mental health strategy document that Nova Scotia developed was based on a strategy that B.C. developed a couple of years ago. Our standards have been shared at those meetings and at CPA meetings.

As I say, with the lack of funding and the provinces cutting back on travel, it is very difficult for some of the smaller provinces to attend those meetings and to get the information. We still send it to them, but it is certainly much better when people are there.

des groupes d'aliments de la santé mentale. Qu'est-ce qui est bon pour la santé mentale? Quelles habiletés d'adaptation peut-on avoir?

En Colombie-Britannique, le Ministry for Family and Child Development a une trousse d'outils vraiment intéressante qui sera distribuée à toutes les écoles de la Colombie-Britannique, et qui est similaire à un programme qui a été lancé en Australie. C'est pour enseigner aux élèves de quatrième année la gestion de l'anxiété. Qu'est-ce que le stress? Qu'est-ce que l'anxiété? Qu'est-ce que les habiletés d'adaptation? L'Australie a obtenu d'excellents résultats.

Nous ne devons pas oublier qu'un adulte choisit son orientation. Cependant, la plupart de nos attitudes se forment quand nous sommes très jeunes. Déjà, à l'adolescence, une bonne partie de nos convictions sont déjà bien ancrées. Il est beaucoup plus difficile de changer les convictions plus tard par des mesures de littératie sur la santé mentale s'adressant aux adultes plutôt que d'offrir de l'information et une formation aux jeunes et aux enfants sur la santé mentale.

Je lève mon chapeau au Ministry for Child and Family Development de la Colombie-Britannique, et à son système d'éducation, parce qu'ils commencent à modifier leur mode de pensée sur la manière dont nous pouvons aider les jeunes à acquérir des habiletés plutôt que de chercher à reconnaître chez eux les signes précurseurs de la maladie. C'est une approche tellement différente.

Le sénateur LeBreton: La Colombie-Britannique semble très engagée dans la réforme de la santé. À vous écouter, je me réjouis que mon fils et mes deux petits-enfants vivent en Colombie-Britannique.

Vous faites, chacun d'entre vous, de toute évidence, de grands progrès, dans vos propres administrations provinciales. Y a-t-il moyen, actuellement, que vous puissiez mettre en commun l'information que vous avez? Quel genre de système existe pour mettre en commun ce qui se fait en Colombie-Britannique, avec l'Alberta ou la Nouvelle-Écosse? Existe-t-il le moindre organe de supervision? Peut-être le Dr Millar pourrait-il répondre le premier.

Le Dr Millar: J'étais président du Réseau de consultation sur la santé mentale, qui n'est plus, désormais, financé par le Conseil des sous-ministres de la Santé. Ce groupe continue de se réunir deux fois l'an, en des endroits divers dans le pays. Les hôtes de la réunion montrent ce qu'ils font. Les éléments d'intérêt d'autres parties du pays sont mis en commun.

Le document de stratégie sur la santé mentale qu'a rédigé la Nouvelle-Écosse était fondé sur une stratégie conçue en Colombie-Britannique il y a deux ou trois ans. Nous avons expliqué nos normes à ces réunions et aux réunions de l'ACP.

Comme je le disais, avec le manque de financement et les mesures d'austérité qu'adoptent les provinces pour les voyages, il est très difficile pour certaines des provinces aux moyens plus modestes d'assister à ces réunions et d'obtenir l'information. Nous la leur envoyons, mais c'est toujours beaucoup mieux d'être sur place.

Senator LeBreton: It is driven more by your own interest and commitment.

Dr. Millar: It is guerrilla warfare.

Senator LeBreton: That is a sad commentary, is it not?

Senator Callbeck: Continuing on that subject, you mentioned that the council of deputy ministers has withdrawn its support of trying to bring mental health workers across the country together.

Did they withdraw support because of financial reasons? Was it not a priority? Is there a better way to do this?

Dr. Millar: It is my understanding that the reasons were financial. I also used to sit on the committee for medical genetics. It also lost its funding as a result of other priorities and restricted funding.

Senator Callbeck: How long did this committee, which was trying to bring mental health policy matters together, exist?

Dr. Millar: I have only been involved for last three years, but it was around for at least ten years. They lost their funding about four years ago.

Senator Callbeck: Were they making progress?

Dr. Millar: I think so. We are still sharing. We have come out with a tool kit for performance measurement, which was done after the funding was cut.

Ms. Clarkson: It is difficult for committees like that to justify what is progress. If we learn from each other, and we challenge each other, then that, for us, is progress. However, there is a need in bureaucracy, for whatever reason, to create documents. If we create documents, it tells people we are doing something. Right?

That is not a bad thing; it is a good thing. However, it is difficult to keep cranking out documents so people know you are really doing something. Perhaps we should have production of documents once every five years as our criteria. The committee makes more progress in terms of challenging our thinking and supporting each other in our work.

Times have been tough across government. In our ministry, we now only have eight people on our team. We used to have 23 people. To get challenges to your thinking, you have to look to others, because people in your own ministry who are interested in mental health and addictions may have a certain knowledge level and you need others with a different knowledge level to challenge you. It is hard to find that because mental health and addictions are such niche areas in respect of the entire mental health system of care. You need to find people to think with.

That is the importance of creating a pan-Canadian strategy. It will bring many minds together long enough to challenge one another and come out with something of quality. Otherwise, we

Le sénateur LeBreton: C'est plus stimulé par votre propre intérêt et votre engagement.

Le Dr Millar: C'est une guerre de partisans.

Le sénateur LeBreton: C'est un triste commentaire, ne pensez-vous pas?

Le sénateur Callbeck: Si on reste sur le sujet, vous avez dit que le Conseil des sous-ministres a retiré son appui à l'effort de rassemblement des travailleurs de la santé mentale du pays.

Est-ce qu'il a retiré son soutien pour des raisons financières? Est-ce que ce n'était pas une priorité? Y a-t-il meilleur moyen de faire?

Le Dr Millar: À ce que j'ai compris, c'était pour des motifs d'ordre financier. J'ai déjà aussi siégé au comité de médecine génétique. Il a aussi perdu son financement en raison d'autres priorités et de compressions budgétaires.

Le sénateur Callbeck: Combien de temps a existé ce comité, qui essayait de constituer une politique sur la santé mentale?

Le Dr Millar: Je n'y siége que depuis trois ans, mais il existe depuis au moins dix ans. Son financement a été interrompu il y a environ quatre ans.

Le sénateur Callbeck: Est-ce qu'il fait des progrès?

Le Dr Millar: Je le pense. Nous continuons de partager. Nous avons créé une trousse de mesures du rendement et cela s'est fait après l'interruption du financement.

Mme Clarkson: Il est difficile pour les comités comme celui-là de justifier la nature de ses progrès. Si nous apprenons l'un de l'autre, si nous nous posons des défis l'un à l'autre, alors, pour nous, c'est un progrès. Cependant, la bureaucratie exige, pour des raisons qui lui sont propres, que des documents soient créés. Si nous créons des documents, cela montre aux gens que nous faisons quelque chose. N'est-ce pas?

Ce n'est pas une mauvaise chose; c'est plutôt une bonne chose. Cependant, il est difficile de continuer d'émettre des documents pour que les gens sachent qu'on fait vraiment quelque chose. Peut-être devrions-nous avoir pour critère la production de documents une fois par cinq ans. Le comité fait plus de progrès au titre de la stimulation de la réflexion et du soutien mutuel dans nos travaux.

Les temps ont été durs pour tous les gouvernements. À notre ministère, notre équipe nous ne compte maintenant plus que huit personnes. Nous étions 23, auparavant. Pour stimuler la réflexion, il faut regarder ce que font les autres, parce que les gens de notre propre ministère qui s'intéressent à la santé mentale et à la toxicomanie peuvent avoir un certain degré de connaissances, et il faut d'autres personnes, avec des connaissances différentes, pour stimuler la réflexion. Il est difficile de trouver cela, parce que la santé mentale et les toxicomanies sont des domaines tellement spécialisés dans l'ensemble du système de soins de santé mentale. Il faut trouver des gens avec qui réfléchir.

D'où l'importance de créer une stratégie pancanadienne. Cela permettra de rassembler de nombreuses personnes pendant assez longtemps pour se stimuler les uns les autres et qu'il en ressorte

do operate by chugging along. Meeting twice a year good, but I do not know if that frequency would ever bring about a pan-Canadian strategy.

Senator Callbeck: You mention that several provinces have continued to support the Advisory Network on Mental Health. Which provinces are not supporting that?

Dr. Millar: Quebec does not attend. Newfoundland attended once in the four years. Prince Edward Island gets there when it can. Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, and British Columbia attend regularly. The territories have limited funds and have not been coming recently.

Ms. Clarkson: Nunavut did come at one time but they have not had the resources to attend. Their budget is very small; two meetings would absorb their entire travel budget.

When the funding was withdrawn, it truly meant that certain provinces could not participate.

Senator Callbeck: Mr. Block, you mentioned federal investment and the education of mental health workers, including community workers is required. Are you talking about a particular role for the federal government or just giving the cash? How will the provinces feel about this?

Mr. Block: There could be a federal role in that involvement. The demographics have increased the demand for mental health workers. We have to ramp ourselves up for that.

I have been talking in the realm of partnerships, collaboration and so on. Yes, I think there is a role for the federal government to play.

Senator Callbeck: What role do you see?

Mr. Block: The federal government once had a department specifically for mental health, but it no longer exists. There are people at the federal level involved in various areas of mental health. Perhaps the first step is to bring back the federal department for mental health. That could play the coordination role of bringing the parties together.

The Chairman: Was there actually a federal department of mental health or was there not a branch or something in the federal department?

Dr. Millar: There was a branch in the health department.

The Chairman: That branch does not exist any more; is that correct?

Dr. Millar: They have been scattered throughout the department.

The Chairman: There is no federal focus at all on the mental health system. How long ago did that happen? We can find out, but you might know.

Dr. Millar: Two years ago, I think.

quelque chose de qualité. Autrement, on ne fait que suivre péniblement le mouvement. Il est bon de se réunir deux fois par année, mais je ne suis pas sûr que cette fréquence puisse vraiment aboutir à une stratégie pancanadienne.

Le sénateur Callbeck: Vous dites que plusieurs provinces ont continué d'appuyer le Réseau de consultation sur la santé mentale. Quelles provinces ne l'appuient pas?

Le Dr Millar: Le Québec n'y participe pas. Terre-Neuve a assisté à nos travaux une fois en quatre ans. L'Île-du-Prince-Édouard y vient quand elle peut. La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique y assistent régulièrement. Les territoires ont un budget limité et on ne les a pas vus récemment.

Mme Clarkson: Le Nunavut y a assisté une fois, mais il n'a pas les ressources nécessaires pour participer. Son budget est très limité; deux réunions absorberaient l'intégralité de son budget de voyage.

Lorsque les fonds ont été suspendus, le résultat réel est que certaines provinces ont dû cesser de participer.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Block, vous avez parlé d'investissement fédéral et de l'éducation des travailleurs de la santé mentale, y compris les travailleurs communautaires. Est-ce que vous parlez d'un rôle particulier pour le gouvernement fédéral, ou seulement de financement? Qu'en pensent les provinces?

M. Block: Il pourrait y avoir une participation fédérale. La réalité démographique pousse à la hausse la demande de travailleurs en santé mentale. Nous devons nous y préparer.

J'ai parlé de partenariats, de collaboration, et cetera. Oui, je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer.

Le sénateur Callbeck: Quel serait ce rôle?

M. Block: Le gouvernement fédéral a déjà eu un ministère de la Santé mentale, mais il n'existe plus. Il y a des gens, au niveau fédéral, qui oeuvrent dans divers domaines de la santé mentale. Peut-être la première chose à faire serait-elle de recréer le ministère de la Santé mentale. Il pourrait assumer le rôle de coordination, pour rassembler tous les intéressés.

Le président: Était-ce réellement un ministère de la Santé mentale, ou une direction, ou quelque chose du genre, d'un ministère fédéral?

Le Dr Millar: C'était une direction du ministère de la Santé.

Le président: Cette direction n'existe plus; c'est bien cela?

Le Dr Millar: Elle a été éparpillée dans tout le ministère.

Le président: Il n'y a pas d'accent particulier, au niveau fédéral, sur le système de santé mentale. Quand cela est-il arrivé? Nous pourrions nous renseigner, mais peut-être le savez-vous.

Le Dr Millar: Il y a deux ans, je pense.

The Chairman: Ms. Clarkson and Dr. Millar, could you respond to Senator Callbeck's question about what role you would see the federal government playing, assuming we could talk them into playing one? Recognizing that the provinces deliver the services, what is a potential federal role in the broad mental health area?

Ms. Clarkson: I have a perspective that is shaped by our culture and experience in B.C. I see the federal role is even more difficult than the role of our ministry — that is, stewardship of the mental health and addiction system of care. That means learning different approaches as to how you can set policy or incentives that create a path or direction that provinces are not only willing to follow, but also believe that it will reach certain outcomes.

The old way of doing things such as 50-cent dollars, getting community agencies to bid on grants, not involving the province, conflicting priorities and so forth caused a scattering of limited resources and caused people to head off in unique little directions. The national drug strategy was very nicely written. On the other hand, the approach to some of the funding and the way it is going, does not create the critical capacity in certain areas that will push you ahead. It appears that the federal government would benefit by rethinking how to support a devolved system to make the changes that will benefit all Canadians. That is a different kind of thinking than the old, "Let's give them some money."

Senator LeBreton: One of you suggested that there should be laws passed to reduce stigma. That would obviously be something for the federal government. What kind of law would that be? Where would it sit within the existing structure?

Dr. Millar: I raised that. I meant that we need to look at all of our laws to ensure that they are not discriminating against mental health consumers. The example I used was Transport Canada's regulations. We see it in all sorts of outdated legislation. That is not just federal, it is provincial. We still have the Insane Persons Act, in Nova Scotia, and other acts that use very inappropriate language.

I do not see a special act saying that mental health people will not be discriminated against, but we need to look at every piece of legislation and adjust the legislation to remove that stigma.

Senator LeBreton: Sensitizing would be one way to move the subject to the public agenda and into the public awareness; would you agree?

Dr. Millar: Definitely.

Le président: Madame Clarkson et docteur Millar, pourriez-vous répondre à la question du sénateur Callbeck sur le rôle que vous voudriez voir au gouvernement fédéral assumer, si nous pouvions le convaincre d'en assumer un? En tenant compte du fait que les provinces fournissent les services, quel rôle potentiel pourrait jouer le gouvernement fédéral dans le domaine général de la santé mentale?

Mme Clarkson: Mon point de vue est le fruit de notre culture et de notre expérience, en Colombie-Britannique. Je vois, pour le gouvernement fédéral, un rôle encore plus difficile que celui d'un autre ministère, c'est-à-dire un rôle d'intendance du système de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie. Cela veut dire qu'il faut mettre en oeuvre diverses approches sur la manière dont on peut créer des politiques ou des incitatifs qui constituent une voie ou une orientation que les provinces, non seulement, veulent bien suivre, mais aussi dont elles sont convaincues qu'elles auront un certain résultat.

La façon de faire d'avant, comme le dollar à 50 cents, l'obligation imposée aux organismes communautaires de faire des demandes de subvention, le manque d'engagement de la province, les priorités contradictoires, et cetera, ont causé un éparpillement des ressources limitées et amené les gens à adopter des orientations particulières et étroites. La Stratégie canadienne antidrogue était joliment rédigée. Par contre, l'approche, quant à certains financements et à la façon de le faire, ne crée pas la capacité critique, dans certains domaines, capable de stimuler le progrès. Il semble que le gouvernement fédéral gagnerait à reformuler sa pensée sur la manière d'appuyer un système dévolu pour apporter des changements dont bénéficieraient tous les Canadiens. C'est un mode de pensée différent de l'ancien, «Donnons-leur de l'argent».

Le sénateur LeBreton: L'un de vous a suggéré que des lois devraient être adoptées pour réduire les stigmates. Ce serait, de toute évidence, au gouvernement fédéral de le faire. Quel genre de loi serait-ce? Où s'insérerait-elle dans la structure actuelle?

Le Dr Millar: C'est moi qui en ai parlé. Je voulais dire qu'il nous faut examiner toutes nos lois pour nous assurer qu'elles ne sont pas discriminatoires à l'égard des consommateurs des services de santé mentale. L'exemple que j'ai employé était celui du règlement de Transports Canada. Nous voyons cela dans toutes sortes de lois dépassées. Ce n'est pas seulement qu'à l'échelle fédérale, il y en a aussi au niveau provincial. Nous avons encore l'Insane Persons Act, en Nouvelle-Écosse, et d'autres lois libellées dans un langage non approprié.

Je ne parle pas d'une loi particulière pour dire que les gens qui souffrent de troubles mentaux ne doivent pas faire l'objet de discrimination, mais il nous faut examiner chaque loi qui existe et la modifier pour en supprimer ce stigmate.

Le sénateur LeBreton: La sensibilisation serait un moyen d'amener le sujet au public, de leur faire prendre conscience; êtes-vous d'accord?

Le Dr Millar: Absolument.

Senator Morin: I am interested in the federal role. I read your document, Ms. Clarkson. It is typical. In your recommendations, you talk about funding, support, more resources, federal support, and so forth. We are returning to the traditional role of the federal government, which is for resources, funding and support. I see your point; it is conditional support. You are saying that it should not be an open 50 cents on the dollar, but it should have conditions and outcomes. I buy that. The provinces are responsible for the actual care and delivery of care.

The main thing here would be resources. I say that because many of the other witnesses, especially professional organizations, have felt that Canada should have a national action plan on mental health. Many of these matters are provincial, however a national action plan might dictate more of this type of care and more of that. I am not too sure the provinces would be that happy to have a number of strict regulations concerning the delivery of health care.

That is an important issue. In theory, everyone agrees it is a federal role. Everyone agrees there is a role on the resources side. If there is more than that, I would like to have your opinion on it.

Ms. Clarkson: When one works in mental health and addictions, one asks for more resources at every opportunity because it is an under-resourced area. That said, the role I would see for the federal government — and I am offering my personal view here, I am not speaking on behalf of the Government of B.C. — would be to address two things: First, learning more about a topic and seeing how it can benefit people. Second, providing some type of incentive.

The federal government sometimes misses opportunities to create quality evidence-based strategies that influence people's vision of how an outcome can be achieved and provide some type of guidance that would make a difference. In B.C., we are looking at how we support the change in the way that addiction services are provided.

We took a data run and matched the provincial health numbers of people receiving addictions services with those who were currently receiving community mental health services. There was a 70 per cent match. We told people that we have a 70 per cent match. That does not mean 70 per cent of mental health clients, it means 70 per cent of current addiction clients receiving services in the publicly funded system are already registered — that is, they have a mental health diagnosis.

People did not believe us. We ran it again and shared that information again. People are now saying that if that is true, it changes the way we need to think about our clients and services.

Le sénateur Morin: Je m'intéresse à ce rôle fédéral. Je lis votre document, madame Clarkson. Il est typique. Dans vos recommandations, vous parlez de financement, de soutien, de plus de ressources, d'appui fédéral, et cetera. Nous revenons au rôle traditionnel du gouvernement fédéral, qui est l'offre de ressources, le financement et le soutien. Je comprends ce que vous dites; c'est un soutien conditionnel. Vous dites que ce ne devrait pas être une garantie de 50 cents sur chaque dollar, mais qu'il faudrait des conditions et des résultats. Je suis d'accord. Les provinces assument la responsabilité des soins et de leur prestation.

L'élément principal, ici, ce serait les ressources. Je dis cela parce que bon nombre des autres témoins, particulièrement les organisations professionnelles, disent que le Canada devrait avoir un plan d'action national sur la santé mentale. Une grande partie de ces questions relève des provinces, mais un plan d'action national pourrait orienter mieux ce type de soins, offrir un meilleur soutien. Je ne suis pas si sûr que les provinces seraient très heureuses qu'on leur impose de stricts règlements au sujet de la prestation des soins de santé.

C'est un enjeu important. En théorie, tout le monde est d'accord que c'est un rôle qui revient au gouvernement fédéral. Tout le monde s'entend pour dire qu'il a un rôle à jouer au plan des ressources. Si ce doit être plus, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Clarkson: Lorsqu'on travaille dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies, on demande plus de ressources à toutes les occasions qui se présentent, parce que c'est un domaine qui manque de ressources. Cela étant dit, vous voulez savoir quel rôle, selon moi, le gouvernement fédéral devrait jouer, et je vous donne mon opinion personnelle, je n'exprime pas l'avis du gouvernement de la Colombie-Britannique. Ce rôle serait sur deux plans: tout d'abord, il faut en apprendre plus sur le sujet et voir comment en faire bénéficier la population. Deuxièmement, il faut créer une espèce d'incitatif.

Il arrive que le gouvernement fédéral manque des occasions de créer des stratégies de qualité fondées sur des données probantes qui influencent la vision des gens sur la manière dont un résultat peut être obtenu et offrent une espèce d'orientation qui ferait une différence. En Colombie-Britannique, nous nous intéressons à un moyen d'appuyer le changement dans la manière dont les services de toxicomanie sont fournis.

Nous avons pris une série de données et nous avons établi une concordance entre les chiffres de la province sur les bénéficiaires de services de toxicomanie et ceux qui reçoivent actuellement des services de santé communautaire. La concordance était de 70 p. 100. Nous avons dit aux gens qu'il y a une concordance de 70 p. 100. Cela ne veut pas dire 70 p. 100 des clients des services de santé mentale, mais 70 p. 100 des clients qui reçoivent actuellement des services de toxicomanie du réseau financé par l'État qui sont déjà inscrits, c'est-à-dire qu'ils ont diagnostic de troubles mentaux.

On ne nous a pas cru. Nous avons refait la comparaison, et avons diffusé à nouveau l'information. Les gens disent maintenant que si c'est vrai, cela change la manière dont nous

We can change people's behaviour by showing them quality evidence that challenges their current beliefs. In respect of the importance of data, the federal government could put much more effort into creating the quality systems of indicators to actually change people's behaviour.

If you want a physician to behave differently with his mental health clients, he or she needs to know that 15 per cent of his or her unique clients are those with mental illness. Have physicians thought about that? Physicians need to know certain things. People do not normally access aggregate data on a regular basis. There is an opportunity for the federal government to support quality data and to use it constructively to help people think and behave differently.

Dr. Millar: In my small province — our premier may not agree — we are less concerned about who has jurisdiction and more concerned about ensuring that people get the services they need. We become concerned when the federal government gives money such as the Health Transition Fund, which funds a very nice project for 18 months and then pulls the rug out from underneath us and forces us to seek alternate funding when we are already in a great deal of difficulty.

I see a large role for the federal government in conducting the research on mental health and mental health policy that is required for the anti-stigma campaigns. A lot of money thrown at anti-stigma campaigns that is totally wasted because it is aimed at the wrong group or it is broad, mass media sort of stuff.

We need policy research. Ms. Clarkson complains about having only eight people. I have three — and two of those positions were vacant for two years — to do all of the work. I have formed partnerships with all our health districts and other organizations to be able to do that. However, I would like some support from a renewed mental health branch in Health Canada to do that national policy work and research and to develop a national database that we can access and share across the provinces — the indicators that Ms. Clarkson talked about.

In my view, that can be done nationally without stepping on anyone's toes and getting into provincial jurisdiction. If you want to send money, that is fine too. Just make sure there are strings attached to ensure that it is spent on mental health and not something else.

Mr. Block: I am not sure we need a national action strategy per se. However, coming together on points of common interest such as research, a common database, best practices and so forth would be a good place to start. However, I do not see that as a full, complete national strategy. It seems to me you have to walk before you can run. I would start with some points of common interest.

devons voir nos clients et nos services. On ne peut pas changer le comportement des gens en leur montrant des données de qualité qui remettent en question leurs convictions actuelles. Pour ce qui est de l'importance des données, le gouvernement fédéral pourrait faire beaucoup plus d'efforts pour créer les systèmes d'indicateurs de qualité pour réellement changer le comportement des gens.

Si vous voulez qu'un médecin se comporte autrement avec ses clients qui ont des troubles mentaux, il faut qu'il sache que 15 p. 100 des membres de sa clientèle même souffrent de maladies mentales. Est-ce que les médecins y ont pensé? Les médecins ont besoin de savoir certaines choses. Les gens ne consultent pas normalement les données cumulatives de façon régulière. Le gouvernement fédéral a une occasion d'appuyer des données de qualité et de les employer de façon constructive pour aider les gens à penser et à se comporter autrement.

Le Dr Millar: Dans ma petite province — notre premier ministre ne sera peut-être pas d'accord — nous nous préoccupons moins de compétence territoriale et plus de nous assurer que les gens reçoivent les services dont ils ont besoin. Nous nous inquiétons lorsque le gouvernement fédéral donne de l'argent, comme le Fonds pour l'adoption des services de santé, qui finance un très joli petit projet pendant 18 mois, pour ensuite nous tirer le tapis de sous les pieds et nous forcer à chercher d'autres modes de financement lorsque nous vivons déjà de grandes difficultés.

J'envisage, pour le gouvernement fédéral, un rôle plus grand dans la conduite de la recherche sur la santé mentale et la politique en matière de santé mentale, laquelle est nécessaire pour les campagnes de lutte contre le stigmate. Beaucoup d'argent est investi dans de telles campagnes, et c'est peine perdue parce qu'elles visent le mauvais groupe ou que c'est le genre de vaste campagne médiatique.

Il nous faut de la recherche sur les politiques. Mme Clarkson se plaint de n'avoir que huit personnes. Nous en avons trois — et deux de ces postes ont été vacants pendant deux ans — pour faire tout le travail. J'ai formé des partenariats avec tous nos districts de la santé et d'autres organisations pour pouvoir le faire. Cependant, j'aimerais avoir un appui d'une direction renouvelée de la santé mentale à Santé Canada pour faire ce travail sur la politique nationale et de recherche, et pour concevoir une base de données nationale à laquelle nous pourrions accéder et que nous mettre en commun entre les provinces — les indicateurs dont Mme Clarkson a parlé.

À mon avis, cela peut se faire à l'échelle nationale sans empiéter sur le territoire de quiconque, ni sur la compétence provinciale. Si vous voulez envoyer de l'argent, tant mieux. Veillez seulement à y lier des conditions pour vous assurer qu'il soit dépensé sur la santé mentale, et rien d'autre.

M. Block: Je ne suis pas sûr qu'il nous faille une stratégie d'action nationale en tant que telle. Cependant, ce serait un bon début que de réunir nos efforts sur les points d'intérêt commun comme la recherche, une base de données commune, les pratiques exemplaires, et cetera. Je ne considère toutefois pas cela comme une stratégie nationale exhaustive et intégrale. Il me semble qu'avant de nous

Senator Fairbairn: This has been a wonderful presentation from all of you today. What you are talking about is absolutely huge. I am listening to you talk about a pan-Canadian strategy for a national mental health literacy program. You say that ongoing improvement of mental health literacy in communities cannot be overstated, and you talk about how empowerment through information can be a powerful lever for change and beliefs, attitudes, reduced health care utilization, appropriate help-seeking behaviours and how we treat fellow citizens.

Not too many months ago, the human resources committee in the House of Commons for the first time in history did a study and produced a report calling for a pan-Canadian strategy for literacy across this country. Their conclusion, along with what you have said here today, has been incredibly interesting. You have told us that, within your very elevated community, there is a desperate need for better understanding among all of your practitioners, researchers and health professionals of exactly what it means to deliver mental health to individuals.

On the other side of the coin, I am suggesting to you an equally important part of that is that you have to then transmit that to Canadian citizens. Over 40 per cent of the adults that we have in Canada have difficulty every day in routine reading, writing and numeration — functional tasks that we take for granted. Put all that together and we just do not have a problem but we have an incredible opportunity.

I have been involved in this other part of the equation now for 20 years. The first time I got riled up about literacy — when I discovered what a problem it was, through a Senate committee — I was going out to change the world in Canada. The first speaking opportunity I was given came from the Mental Health Association in Alberta. They asked me to come to their provincial conference in Calgary and talk about literacy. Even back then, there was a meshing of the need for your side of the equation to understand its literacy better and the tremendous need to build linkages on the part of the patient — the individual in Canada.

You talked about how the consultation group comprising the deputy ministers of health has drifted off a bit for lack of financing. It would be a wonderful thing to get the board of the deputy ministers of health and the board of the deputy ministers of education — who are being tasked with this other part of the issue — together at some point to find the best way through it.

Mr. Chairman, it strikes me as such an important part of what you are doing — wanting to do, trying to do — to understand that the people you are trying to do it for, a huge majority of them are having the very same problem in their area. I have to hand it to the Public Health Association of Canada for picking this up. For the second time in about three or

mettre à courir, nous devons faire nos premiers pas. Il faudrait commencer, selon moi, avec les éléments d'intérêt commun.

Le sénateur Fairbairn: Vous avez tous fait une merveilleuse présentation, aujourd'hui. Ce dont vous parlez est énorme. Je vous écoute parler d'une stratégie pancanadienne relativement à un programme national d'information sur la santé mentale. Vous dites qu'on ne pourrait trop insister sur l'amélioration continue de la littératie sur la santé mentale dans la collectivité, et vous dites que l'habilitation par l'information peut être un levier puissant du changement des croyances, des attitudes, de l'utilisation réduite des soins de santé, des comportements appropriés de recherche d'aide et de la manière dont nous traitons nos concitoyens.

Il y a quelques mois seulement, le Comité des ressources humaines de la Chambre des communes, pour la première fois dans son histoire, a fait une étude et rédigé un rapport prônant une stratégie pancanadienne de littératie dans tout le pays. Sa conclusion, semblable aux propos que vous avez tenus ici aujourd'hui, a été très intéressante. Vous nous avez dit que, dans votre communauté très distincte, on ressent désespérément le besoin d'une meilleure compréhension parmi tous les praticiens, les chercheurs et les professionnels de la santé, sur ce que signifie exactement la prestation de soins de santé mentale.

Le revers de la médaille, selon moi, c'est qu'il est tout aussi important que vous le fassiez comprendre aussi aux citoyens du Canada. Plus de 40 p. 100 des adultes du Canada éprouvent quotidiennement des difficultés à lire, écrire et compter, ces habilités fonctionnelles que nous prenons pour acquis. Si on met tout cela ensemble, nous n'avons pas seulement un problème, mais aussi une incroyable opportunité.

Je m'intéresse à cette autre part de l'équation depuis plus de 20 ans. La première fois que je me suis enragée à propos de l'alphabétisation — lorsque j'ai pris conscience de l'ampleur du problème, à un comité du Sénat — j'ai voulu changer le monde au Canada. La première occasion que j'ai eue d'en parler m'a été donnée la Mental Health Association de l'Alberta. On m'a demandé de venir parler, à une conférence provinciale tenue à Calgary, de l'alphabétisation. Même alors, il y avait un rapport entre la nécessité pour votre côté de l'équation de mieux comprendre sa littératie et l'énorme besoin du patient et de l'individu au Canada d'établir des liens.

Vous avez dit que le groupe de consultation composé des sous-ministres de la santé s'était un peu éparpillé, à cause d'un manque de financement. Il serait merveilleux de pouvoir réunir le conseil des sous-ministres de la Santé et celui des sous-ministres de l'Éducation, qui sont chargés de cet autre aspect de la question, à un moment donné, pour trouver le meilleur moyen de régler cela.

Monsieur le président, cela m'apparaît comme un élément tellement important de ce que vous faites — de ce que vous voulez faire, de ce que vous essayez de faire — de comprendre que les gens pour qui vous essayez de le faire, une grande majorité d'entre eux, ont exactement le même problème dans leur domaine. Je lève mon chapeau à l'Association d'hygiène publique du

four years, at their national convention coming up in the fall, this whole question of literacy will be one of the key parts of the discussion.

It is a question of trying to help each other. Your work in mental health and removing its stigma is very tough. Have you come across this other part of the literacy issue — that it how difficult it is not only for your own people to understand everything they are doing, but also in communicating it to the people you want to help?

Ms. Clarkson, have you ever tuned in with Literacy B.C., which does a lot of work in this area?

Ms. Clarkson: There are specific types of literacy. There is literacy in the sense of one's ability to read and to comprehend information. Then there is health literacy. Then there is mental health literacy. There has been some good research in the United States. I can send the information to you.

This researcher interviewed clients following their visits to their physician's offices to assess how many of them understood what their physicians said to them. We have some serious issues in health literacy — literacy period — and in mental health literacy. The ability of any health professional to transmit information is severely limited by the very fact that we do not even address how to give information to people at different levels of literacy. You do not have to necessarily change the person's level of literacy, but you do need to recognize it and give information appropriate to that level of literacy. One of our key goals is to create information at different levels and in different modes. You do not always have to use the written word. You can use pictures, you can use a video, and you can use posters that take persons through different steps.

The challenge of mental health literacy is complex because research shows that many of our clients have a lower literacy level as a result of the impact their illness has had on their ability in school and their ability to continue to read and develop those skills. Therefore, we have some extra challenges to increase mental health literacy.

I think there is a role for the federal government in mental health literacy, because health literacy should be at the federal level — general basic information in multiple formats, in multiple ways. Why is every province trying to do this? We should be working together. Health literacy is always based on the federal and provincial support. The provinces manage the education system to create literate citizens, so it does tie together. I certainly see a role for the federal government in terms of literacy, health literacy and mental health literacy.

Dr. Millar: Ms. Clarkson is talking about a recent study in mental health. Some years ago when I was in medical school, a study was done on GP's offices. That study revealed that even

Canada pour l'avoir reconnu. Pour la deuxième fois entre trois ou quatre ans, à son congrès national qui doit avoir lieu à l'automne, toute cette question de littératie sera un thème central de la discussion.

C'est question d'essayer de s'entraider. Votre travail en santé mentale, et pour éliminer ce stigmate, est très difficile. Avez-vous eu affaire à cet autre aspect du problème de littératie, c'est-à-dire la mesure dans laquelle il est difficile non seulement pour nos propres de gens de comprendre tout ce qu'ils font, mais aussi de le communiquer à ceux que vous voulez aider?

Madame Clarkson, avez-vous déjà été en communication avec Literacy B.C., qui fait beaucoup de travail dans ce domaine?

Mme Clarkson: Il y a des types particuliers de littératie. Il y a la littératie dans le sens de l'alphabétisation, la capacité de quelqu'un de lire et de comprendre l'information. Il y a aussi la littératie en matière de santé. Il y a la littératie en matière de santé mentale. De bonnes recherches ont été faites aux États-Unis. Je pourrais vous envoyer l'information.

Ce chercheur a interrogé des clients à la suite de leur visite au cabinet de leur médecin, pour évaluer combien d'entre eux comprenaient ce que leurs médecins leur avaient dit. Nous avons de sérieux problèmes en matière de littératie sur la santé — la période de littératie et la littératie en santé mentale. La capacité de tous professionnels de la santé de transmettre l'information est gravement limitée par le fait même que nous ne nous arrêtons même pas à la manière de transmettre l'information aux gens de niveaux d'alphabétisation divers. On ne doit pas forcément changer le niveau d'alphabétisation des gens, mais il faut reconnaître ce niveau et donner l'information en fonction de lui. L'un de nos principaux objectifs est de créer de l'information à divers niveaux et par divers moyens. On n'est pas toujours obligé d'employer le mot écrit. On peut utiliser des images, une vidéo, des affiches pour illustrer les diverses étapes pour certaines personnes.

Le défi de la littératie en santé mentale est complexe, parce que les recherches démontrent que bon nombre de nos clients sont moins alphabétisés en conséquence de l'incidence de leur maladie sur leur capacité d'apprentissage, et sur leur capacité de continuer de lire et de perfectionner ces compétences. Par conséquent, nous avons des défis supplémentaires à relever si on veut accroître la littératie en santé mentale.

Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière de littératie sur la santé mentale, parce que la littératie sur la santé mentale relève de l'échelon fédéral — l'information générale fondamentale en des formats multiples, par des moyens multiples. Pourquoi chaque province essaie-t-elle de le faire? Nous devrions travailler ensemble. La littératie sur la santé dépend toujours du soutien fédéral et provincial. Les provinces gèrent les systèmes d'éducation pour créer des citoyens instruits, et c'est donc un ensemble. Il est certain que je vois un rôle pour le gouvernement fédéral en matière de littératie, que ce soit sur la santé ou sur la santé mentale.

Le Dr Millar: Mme Clarkson parle d'une étude récente sur la santé mentale. Il y a quelques années, lorsque j'étais à l'école de médecine, une étude a été faite sur les cabinets de médecins

literate people remember only 20 per cent of what the doctor said because it is such a stressful situation as so much is going on and they are concerned. That is why they give handouts, but that does not help the people who cannot read.

When I was working at an in-patient unit in a mental hospital in New Brunswick, I found that the people who sat in our team meetings who helped to plan the care of the clients included members of the housekeeping and dietary staff, so they were aware what the overall plan was. The patient was always more comfortable talking to them. We got more information from those people about what was going on with the client than the professional workers — the nurses, psychologists and us — did from talking to them. That is, in part, because the stress was not there; they spoke the same language

Therefore, “literacy-literacy” is a big problem to start with, but there are multiple methods of being able to break down that barrier and to get information back and forth as needed.

Ms. Harrison: I support the comments that have already been made. We have a diverse population in Alberta. We must consider new Canadians when discussing literacy as well. Our messages to them must be understood and accepted within a cultural context. There is the exchange of information as well, so that we understand where they are coming from when they are sharing information and messages with us. We had quite a discussion about that in one of our working committees around developing the mental health plan and system for Alberta.

I also think of the role of community workers — folks who see clients, children and families early. It is a good way to share. Perhaps it is a bonding experience with a child, but nonetheless a care system for getting messages across. That is really important.

I was surprised that the mental health workers themselves acknowledge that they need to be more literate. The comments were very interesting, and I support them.

Senator Fairbairn: It would be nice to think that that kind of situation in respect of daily operations and training might be in existence across the board.

Regarding the Alberta hearings, one area of the equation that is difficult to grasp is youth. There is a dropout rate in Canada of about 30 per cent. This is a result of myriad problems, but literacy is certainly part of that.

In your hearings, did you hear of some way of reaching young people through the schools to try to get the message out in plain language about what some of these stresses and strains are all about and how people can be helped at that level?

généralistes. Cette étude a révélé que même les personnes instruites ne se rappellent que 20 p. 100 de ce que dit le médecin, parce que c'est une situation tellement stressante et qu'il s'y passe tellement de choses, et qu'ils sont inquiets. C'est pourquoi ils donnent des documents, mais cela ne sert pas à grand chose aux gens qui ne savent pas lire.

Lorsque je travaillais dans un service pour patients hospitalisés, à l'Institut de santé mentale du Nouveau-Brunswick, j'ai vu des gens venir à nos réunions d'équipe pour contribuer à la planification des soins à la clientèle. Il y avait des membres du personnel d'entretien et des services d'alimentation, et ainsi ils savaient la teneur du plan global. Le patient était toujours plus à l'aise pour leur parler. Nous en apprenions plus de ces gens sur ce qui se passait avec le client que des travailleurs professionnels, les infirmières, les psychologues et nous-mêmes ne pouvions obtenir en leur parlant. C'est dû, en partie, à l'absence de stress; ils parlaient la même langue.

Par conséquent, la littératie est un gros problème pour commencer, mais il y a de nombreux moyens pour surmonter cet obstacle et pour échanger l'information dans un sens et dans l'autre, selon les besoins.

Mme Harrison: Je suis d'accord avec ce que vient de dire le Dr Millar. Nous avons une population diversifiée en Alberta. Nous devons penser aux néo-Canadiens lorsque nous parlons de littératie, aussi. Les messages que nous leur transmettons doivent être compris et acceptés dans un contexte culturel. Il y a l'échange d'information aussi, pour que nous comprenions le contexte de leur situation lorsqu'ils nous transmettent de l'information et des messages. Nous avons eu toute une discussion là-dessus, à un de nos comités de travail sur l'élaboration d'un plan et d'un système de santé mentale pour l'Alberta.

Je pense aussi au rôle des travailleurs communautaires, les gens qui voient les clients, les enfants et les familles au début. C'est un bon moyen de partager. Peut-être est-ce une expérience de création de liens avec l'enfant, mais c'est néanmoins un système de soins, pour transmettre des messages. C'est vraiment important.

J'ai été étonnée que les travailleurs de la santé mentale, eux-mêmes, reconnaissent qu'il leur faudrait être mieux informés. Leurs commentaires étaient très intéressants, et je les appuie.

Le sénateur Fairbairn: Il serait intéressant de pouvoir penser que ce genre de situation, en ce qui concerne les activités courantes et la formation, existe partout.

En ce qui concerne les audiences en Alberta, l'un des éléments de l'équation qu'il est difficile de comprendre, ce sont les jeunes. Le taux de décrochage, au Canada, est d'environ 30 p. 100. C'est la conséquence d'une quantité de problèmes, mais la littératie en fait certainement partie.

Dans vos audiences, avez-vous entendu parler de certains moyens d'atteindre les jeunes par l'entremise des écoles, pour essayer de faire passer le message en langage clair sur la nature de ces tensions et de ces difficultés, et comment on peut aider les gens à ce niveau-là?

Ms. Harrison: Yes, we did. We heard those messages primarily through the other ministries that work with us around children's issues all the time. There are many initiatives involving collectives of people from the different ministries and different sectors working to develop curriculum in schools that can reach children where they are in the school in an age-appropriate way. The Alberta learning ministry has done quite a remarkable job in this way and is open to collaborative work with us. We feel very fortunate.

Senator Fairbairn: Dr. Fraser Mustard, who appeared before our committee in our first round of hearings a couple of years ago, has brought out a report that provides a new picture on early childhood development. By 18 months, the mechanisms are neurologically hooked up to learn and that also depends a great deal on the parents and their ability.

It is wonderful to hear that you are thinking and doing something about this cross-cutting issue because it is absolutely fundamental, certainly, to mental health, but also to health and the health of our population altogether.

Senator Morin: I would like to commend you, Ms. Clarkson, on your use of the chronic disease management approach for mental health. I am a strong believer in that. I think the salvation of our medical care system lies in that model because, as you know, we have more and more chronic diseases such as diabetes, heart failure and so forth. As you point out in your document, this model improves outcomes and reduces costs. I was not aware that this was extended to mental disease. I do not know if that is a first, but it is interesting.

Ms. Clarkson: Later this spring, we will release the first guidelines for B.C. physicians for a mental illness. These will be guidelines for depression. It is a first in terms of using the chronic disease management approach. As you said, chronic disease management strategies and protocols have been used in physical illnesses such as arthritis, asthma and other areas, for a fair while. This is a first for B.C. in that we have actually accomplished it through the help of many physicians and many other key people.

Beyond that, we are looking at chronic disease management in other areas of the system. We think what has been learned from physical disease can apply to persons who experience mental illness because people with mental illness can learn, change behaviour and predict. We are confident it will assist not only clients to have reduced disability but also the province to provide more appropriate care. It is exciting.

Le sénateur Harrison: Oui, nous l'avons fait. Nous avons entendu ces messages, surtout, par l'entremise d'autres ministères qui travaillent avec nous sur les enjeux qui touchent les enfants, tout le temps. De nombreuses initiatives sont en cours, auxquelles participent des groupes de personnes de différents ministères et de différents secteurs qui travaillent à l'élaboration de programmes dans les écoles qui peuvent atteindre les enfants où ils sont à l'école, d'une manière adaptée à leur âge. Le ministère de l'Éducation de l'Alberta a fait un travail remarquable sur ce plan et est disposé à collaborer avec nous. Nous nous trouvons très chanceux.

Le sénateur Fairbairn: Le Dr Fraser Mustard, qui a comparu devant notre comité lors de la première ronde d'audiences, il y a environ deux ans, a amené un rapport qui dresse un tableau nouveau du développement de la petite enfance. Avant l'âge de 18 mois, les mécanismes sont neurologiquement branchés pour l'apprentissage, et cela dépend aussi grandement des parents et de leurs capacités.

Il est merveilleux d'entendre que vous réfléchissez, et que vous agissez à propos de cette question à facettes multiples, parce qu'elle est absolument fondamentale, certainement, pour la santé mentale, mais aussi pour la santé en général et la santé de notre population dans l'ensemble.

Le sénateur Morin: J'aimerais vous féliciter, madame Clarkson, pour votre emploi de l'approche de la gestion des maladies chroniques pour la santé mentale. J'en suis un fervent adepte. Je pense que ce modèle peut assurer la survie de notre système de soins médicaux parce que, comme vous le savez, nous avons de plus en plus de maladies chroniques, comme le diabète, les maladies cardiaques, et cetera. Comme vous le soulignez dans votre document, ce modèle améliore les résultats et réduit les coûts. Je ne savais pas qu'il pouvait s'appliquer à la maladie mentale. Je ne sais pas si c'est une première, mais c'est intéressant.

Mme Clarkson: Plus tard, ce printemps, nous allons publier les premières lignes directrices sur une maladie mentale à l'intention des médecins de la Colombie-Britannique. Elles porteront sur la dépression. C'est une première en matière d'application de l'approche de la gestion des maladies chroniques. Comme vous l'avez dit, les stratégies et protocoles de gestion des maladies chroniques ont été employés pour les maladies physiques, comme l'arthrite, l'asthme et d'autres encore, depuis déjà un certain temps. C'est une première pour la Colombie-Britannique, en ce sens que nous avons pu le faire grâce à l'aide de nombreux médecins et de bien d'autres gens importants.

À part cela, nous envisageons la gestion de la maladie chronique dans d'autres domaines du réseau. Nous pensons que les apprentissages liés à la maladie physique peuvent s'appliquer aux personnes qui vivent la maladie mentale, parce que les gens qui souffrent de maladie mentale peuvent apprendre, changer et prédire leur comportement. Nous sommes convaincus que cela aidera non seulement les clients qui ont une légère incapacité, mais aussi la province, à fournir des soins plus appropriés. C'est très stimulant.

Senator Léger: I have been hearing the phrase “mental health” in respect of young people and youth. To me, “mental health” is judgment and common sense — you cannot acquire these skills from books or at university. They often take it out because of too much data and so on.

Would you agree that when there are mental health problems with youth, it is rather the parents?

Dr. Millar: I am not sure I would go that far. Children of adults who have mental illness are at much higher risk of having a mental illness. However, children also suffer mental illnesses on their own.

Senator Léger: You said illness, but what about health? You made a nice distinction between the two.

Dr. Millar: Certainly the family situation can be conducive to good mental health. It is one of the major pieces. As Ms. Clarkson was saying earlier, it is by the time they are in grade four, they have only been in school for four years and at home for six years. As the Jesuits say, by the time they reach the age of seven a child is the person he will be for the rest of his life.

What is learned at home certainly leads to better things. However, it is easier to change people's attitudes when they are children than when they are older.

Ms. Clarkson: Mental health is not a state. Mental health is having the capacity to manage one's life, feelings and the daily grind. Therefore, children or youth are in the process of developing mental health skills. They are learning to manage how they feel, approach and resolve problems and how to manage anger.

Children who have a head injury or a mental illness are severely disadvantaged in developing some of those mental health skills. If the parent does not have the skill to support the child to further develop those skills then that child becomes more and more at risk. That said, parents are not responsible if their child develops schizophrenia.

Senator Léger: That is an illness.

Ms. Clarkson: People with a mental illness also have mental health. You can have the experience of bipolar disorder and still manage joyous situations and challenges. That is mental health. “Mental health” is your tool kit for grappling with the world. If you have the experience of a mental illness, we can still help you to you strengthen your tool kit about managing the world.

As a person can have mental health and asthma, or mental health and a broken leg, a person can also have mental health and have a mental illness. It is a mistake to assume that people with a mental illness can neither develop further skills towards mental health, experience joy and happiness, nor manage troubled lives. Of course they can. That is all about a person's mental health tool kit, which helps him or her to manage the mental illness.

Le sénateur Léger: J'ai entendu l'expression «santé mentale» en ce qui concerne les jeunes et les enfants. Pour moi, la «santé mentale» est un jugement et le bon sens veut qu'on ne peut acquérir ces habiletés par les livres ou à l'université. L'hypothèse est souvent éliminée parce qu'il y a trop de données, et cetera.

Est-ce que vous diriez que lorsqu'il y a des problèmes de santé mentale avec les jeunes, c'est plutôt la faute des parents?

Le Dr Millar: Je ne suis pas sûr que j'irais jusque là. Les enfants d'adultes qui ont une maladie mentale risquent beaucoup plus d'en souffrir eux aussi. Cependant, les enfants souffrent aussi de maladies mentales d'eux-mêmes.

Le sénateur Léger: Vous dites maladie, mais qu'en est-il de la santé? Vous faites une belle distinction entre les deux.

Le Dr Millar: Il est certain que la situation de la famille peut favoriser une bonne santé mentale. C'est l'un des éléments principaux. Comme le disait tout à l'heure Mme Clarkson, cela se détermine avant la quatrième année de scolarité, alors qu'ils n'ont fréquenté l'école que quatre ans et ils ont été à la maison pendant six ans. Comme le disent les Jésuites, avant l'âge de sept ans, l'enfant est la personne qu'il sera le reste de sa vie.

Il est certain que ce qu'on apprend à la maison est une bonne base. Cependant, il est plus facile de changer les attitudes des gens lorsqu'ils sont enfants que lorsqu'ils sont plus âgés.

Mme Clarkson: La santé mentale n'est pas un état. La santé mentale, c'est avoir la capacité de gérer sa vie, ses sentiments et les tensions quotidiennes. Par conséquent, les enfants ou les jeunes sont en voie d'acquérir des habiletés de santé mentale. Ils apprennent à gérer leurs sentiments, à aborder et à résoudre des problèmes et à gérer leur colère.

Les enfants qui subissent une blessure à la tête ou qui ont une maladie mentale sont gravement désavantagés dans l'acquisition de ces habiletés. Si le parent n'a pas les habiletés nécessaires pour appuyer l'enfant et l'aider à acquérir ses habiletés, cet enfant devient de plus en plus à risque. Cela étant dit, ce n'est pas la faute des parents si leur enfant devient schizophrène.

Le sénateur Léger: C'est une maladie.

Mme Clarkson: Les gens qui ont une maladie mentale ont aussi leur santé mentale. On peut souffrir de trouble bipolaire et tout de même connaître des moments heureux et vivre des défis. C'est la santé mentale. La «santé mentale» est notre trousse d'outils pour affronter le monde. Si vous vivez une maladie mentale, nous pouvons encore vous aider à consolider votre trousse d'outils pour affronter le monde.

Tout comme quelqu'un qui a sa santé mentale et souffre d'asthme, ou qui a sa santé mentale et a une jambe cassée, quelqu'un peut avoir sa santé mentale et vivre une maladie mentale. C'est une erreur que de supposer que les gens qui ont une maladie mentale ne peuvent ni acquérir des habiletés favorables à la santé mentale, ni connaître la joie et le bonheur, ni gérer une vie troublée. Bien sûr qu'ils le peuvent. Tout dépend des outils de santé mentale dont dispose une personne, qui l'aident à gérer sa maladie mentale.

Senator Léger: The word “seniors” has not been mentioned at all. Are we safe in the future?

The Chairman: We are certainly past the point of being able to learn.

Senator Léger: Seniors also need help. I am referring to health, not illness.

The Chairman: Does anyone have a comment in respect of seniors?

Ms. Harrison: There are many factors that influence one's mental health. I would hate to blame it on any one person — parents, for example. Various factors include whether a person feels safe, is well cared for or in a loving situation. Does this person have meaningful experiences? Does he or she have control over his or her life? Can they manage situations? That applies to children and to seniors or older populations as well — it applies to all of us.

In Alberta, the discussions we have had in respect of the mental health plan have dealt with the growing population and some of the illnesses relating to that population. However, we were also told — and I am not a clinician so I am getting more than a bit off my scope here — that there are increasing concerns in respect of the early onset of Alzheimer's disease in the group aged 50 to 60 years. As this is a growing demographic, we need to be prepared to deal with that.

Of course, seniors deal with many issues around quality of life and that can influence mental health as well.

The Chairman: I should like to thank all of you for coming. You came a great distance. We look forward to hearing from you again when we do our cross-country circuit in 10 or 11 months.

Would you think about one thing? I am not looking for an answer now. One thing that would help us is if you could tell us what we can do to help you. What I mean by that is, you are all in the process of, in three different provinces from one end of the country to the other, trying to develop services for people that we would very much like to help, as you do. It would be helpful to have your thoughts on what we can do as the final output in this report that would be most beneficial to you in terms of helping the people that you are trying to help.

We will be back and chat with you at some time. However, I would appreciate your thoughts — I am not looking for an official government statement at this appointment. I will be in touch probably with each of you separately. It would be to pick your brain and get some thoughts.

Thank you all for coming. We appreciate your being here.

Senators, we have a quick piece of business in respect of Bill C-24. Bill C-24 was introduced to deal with a specific situation of a specific member of Parliament who is retiring,

Le sénateur Léger: Le terme «aînés» n'a pas du tout été mentionné. Est-ce que nous sommes en sûreté, dans l'avenir?

Le président: Il est certain que nous avons dépassé le point où nous pouvons apprendre.

Le sénateur Léger: Les aînés peuvent aussi aider. Je parle de la santé, pas de la maladie.

Le président: Quelqu'un a-t-il un commentaire à faire sur les aînés?

Mme Harrison: Il y a de nombreux facteurs qui influencent la santé mentale de quelqu'un. Je ne voudrais certainement pas en attribuer la faute aux parents, par exemple. Divers facteurs sont en jeu, notamment si une personne se sent en sécurité, reçoit de bons soins ou vit une relation affective. Est-ce que cette personne vit des expériences significatives? Est-ce qu'elle a le contrôle de sa vie? Peut-elle gérer les situations? Cela s'applique aux enfants et aux aînés, ou aux membres plus âgés de la population. Cela s'applique à tout le monde.

En Alberta, les discussions que nous avons eues sur le régime de santé mentale portaient sur la population vieillissante et certaines maladies qui la touchent. Cependant, on nous dit aussi, et je ne suis pas clinicienne, alors je déborde largement de mes limites, ici, qu'il y a de plus en plus d'inquiétudes au sujet du déclenchement précoce de la maladie d'Alzheimer dans le groupe des gens âgés de 50 à 60 ans. Comme cette partie de la population est en croissance, il nous faut nous préparer à y faire face.

Bien entendu, les aînés composent avec biens des problèmes entourant la qualité de vie, et cela influence aussi la santé mentale.

Le président: J'aimerais vous remercier tous d'être venus. Vous avez parcouru une grande distance. Nous sommes impatients de vous revoir, lorsque nous ferons notre tournée dans le pays, dans 10 ou 11 mois.

Pourriez-vous réfléchir à une chose? Je n'attends pas de réponse maintenant. Ce qui nous aiderait, c'est si vous pouviez nous dire ce que nous pouvons faire pour vous aider. Je veux dire par là que vous êtes tous en train, dans trois différentes provinces d'un bout à l'autre du pays, d'essayer de concevoir des services pour des gens que nous aimerions beaucoup pouvoir aider, comme vous. Il serait utile de connaître vos pensées sur ce que nous pouvons faire, puisque les conclusions de ce rapport pourraient vous être très utiles pour aider les gens que vous essayez d'aider.

Nous reviendrons discuter avec vous dans quelque temps. Cependant, j'apprécierais de connaître vos impressions. Je ne cherche pas à obtenir une déclaration officielle à l'intention du gouvernement pour l'instant. Je communiquerai probablement avec chacun d'entre vous. C'est pour stimuler votre réflexion et connaître vos pensées.

Merci d'être venus. Nous l'apprécions.

Sénateurs, nous avons quelque chose à régler rapidement, au sujet du projet de loi C-24. Ce projet de loi a été présenté pour composer avec une situation particulière d'un député spécifique

and who got caught in a gap that nobody realized had been created when they decided that M.P.s could not collect a pension until age 55.

A number of us around the table, certainly in the opening witnesses when the minister was here — notably Senator Lynch-Staunton and myself — felt strongly that there should have been a better way to deal with this rather than have to go with the policy that changed it for everyone. On the other hand, there was a significant degree of sympathy around the table for the particular individual, who was caught in this particular circumstance.

Through consultations between myself and Senator LeBreton, we drafted a set of observations that the two of us support that fundamentally point out that (a) we do not like the process; (b) we think there should have been a better way of doing it, and we have had private sector witnesses saying there was a better way of doing it; and (c) some of the evidence suggested we were just treating members of Parliament the same way senior public servants are treated was not totally accurate in the sense that this proposed benefit goes beyond the benefit that senior public servants get.

Having said all that, I guess as much out of sympathy for the particular case as anything else, the observations suggest that the committee would grudgingly — I guess that is not a bad word — support the bill without amendment, subject to our also including with it the draft observations.

I think Senator LeBreton that is a reasonable summary of where certainly you and I were. Does anyone else want to make a comment?

Senator Lynch-Staunton: I think it is the wrong way to go. It opens the floodgates to others who are not in need to qualify, which is not the intent. For what it is worth, a quick calculation shows 60 members of the House right now who are in the range of 50 to 55. How many will be eligible in the years to come, I do not know.

We are being asked to make a major change to the benefits program for retired members of Parliament, which, as we were told the other day, is to bring them to the same level as civil servants, without our appreciating the fact that civil servants have to be on pension at age 50 before they get benefits. Of course, the pension is reduced because they are eligible at 55, and if they want it at 50, they have to adjust accordingly.

The Chairman: Correct.

Senator Lynch-Staunton: I will not support the bill for that reason. While there is one particular case for which there is compassion, there had better not be another one. I hope the government is listening and will find a way, with its insurance carriers and others, to put into the next agreement provisions to cover cases of exception and not force us into the embarrassing

qui prend sa retraite, et qui s'est fait coincer dans une faille que personne n'avait vue lorsqu'on a décidé que les députés ne pourraient pas percevoir de prestations de pension avant l'âge de 55 ans.

Plusieurs d'entre nous, autour de cette table, à tout le moins l'écoute des premiers témoins, lorsque le ministre était ici, notamment le sénateur Lynch-Staunton et moi-même, avons vraiment eu l'impression qu'il aurait dû y avoir un meilleur moyen de régler avec cela plutôt que de nous attaquer à la politique qui a tout changé pour tout le monde. D'un autre côté, la personne touchée par cette situation particulière inspirait beaucoup de compassion.

Après des consultations que nous avons menées, moi-même et le sénateur LeBreton, nous avons rédigé une série d'observations que nous appuyons tous deux et qui, en fait, soulignent que (a) nous n'aimons pas le processus; (b) nous pensons qu'il devrait y avoir un meilleur moyen de régler la situation, et nous avons des témoins du secteur privé qui l'affirment; et (c) certains témoignages laissant entendre que nous ne traitons les députés exactement comme nous le ferions de hauts fonctionnaires n'étaient pas tout à fait exacts, puisque les prestations proposées sont supérieures à ce que reçoit un haut fonctionnaire.

Cela étant dit, je suppose, que ce soit par compassion pour la personne en question ou pour toute autre raison, les observations recueillies donnent à penser que le comité appuierait, à contrecœur — je ne pense pas que ce soit un mauvais mot — l'adoption du projet de loi sans modification, sous réserve cependant de ce que nous adjoignons l'ébauche des observations.

Je pense, sénateur LeBreton, que c'est un résumé assez juste de ce que nous avons, vous et moi, conclu. Quelqu'un a-t-il d'autres commentaires?

Le sénateur Lynch-Staunton: Je pense que ce n'est pas la bonne façon de faire. Cela ouvre les portes à une avalanche d'autres personnes qui n'ont pas besoin d'être admissibles, ce qui n'est pas le but visé. Pour ce que cela vaut, selon un calcul rapide, 60 députés de la Chambre, actuellement, ont entre 50 et 55 ans. Combien seront admissibles dans les prochaines années? Je ne le sais pas.

On nous demande d'apporter une modification d'importance au programme d'avantages sociaux pour les députés retraités, ce qui, d'après ce qu'on nous a dit l'autre jour, vise à les amener au même niveau que les hauts fonctionnaires, sans qu'il soit précisé que les fonctionnaires doivent être à la retraite à l'âge de 50 ans avant de pouvoir percevoir ces prestations. Bien entendu, les prestations sont réduites parce qu'ils sont admissibles à 55 ans, et s'ils veulent prendre leur retraite à 50 ans, il faut l'ajuster en conséquence.

Le président: C'est bien cela.

Le sénateur Lynch-Staunton: Je n'appuierai pas ce projet de loi pour cette raison. Bien qu'il y ait un cas particulier qui justifie une certaine compassion, il n'en faudrait pas d'autre. J'espère que le parti au pouvoir écoute et trouvera une façon, par l'entremise de ses assureurs et d'autres moyens, d'ajouter à la prochaine convention des dispositions pour prévoir les cas d'exception et

situation of saying, "It is the wrong way to go, but that is the way we have to go, because otherwise we will be neglecting a needy person." That is not our role. That should be done at another level, not the legislative level.

The Chairman: Absolutely. Remember our opening discussion. I was saying that as someone who happens to chair a human resources committee on a corporate board, we would have dealt with it not as a policy change but a transactional change dealing with a specific individual.

Senator Lynch-Staunton: I find that the observations give the matter a fair appreciation. As I have said, I hope that these observations alert the government that it should find a way to avoid having to approach this problem again.

The Chairman: Indeed, if I have approval of the committee, I would suggest that I forward the observations, along with a covering letter from me, to both the secretary of the Treasury Board, which is where it would rest, and the Clerk of the Privy Council, which would effectively make the observation that that this was done more grudgingly than it might appear.

It would be my personal judgment — I would not ask the committee to agree at this point — that if we were put in a similar position again, I do not think the bill would pass. I would not vote for a similar bill in a similar situation again because there are other ways to deal with it. That is certainly my intent, unless someone should tell me I should not do that.

Senator LeBreton: I think that the government will be cognizant of the fact that because of this bill, they will have some very interesting negotiations with PSAC. When they were before us, PSAC supported the bill in principle because they saw the potential for themselves in terms of negotiating a package like this. Come the next session of Parliament, perhaps the government will need to take another look at the Parliament of Canada Act and try to address things in a proper way and therefore avoid a huge expense to the taxpayer in the negotiations with PSAC.

The Chairman: It is a problem they created themselves, particularly because they testified that this was nothing more than what the public service had, and then the union comes and says, "By the way, we do not have it."

Senator Fairbairn: If you are sending a letter, I hope it will reflect some of those comments.

The Chairman: Yes.

Senator Cook: I have a concern for the privacy for the individual, because the name of that individual was banded about with no sign of privacy.

Senator LeBreton: We never used her name.

The Chairman: We were very careful to not do that.

ne pas nous forcer dans une situation gênante où nous disons «ce n'est pas la bonne façon d'agir, mais c'est ainsi que nous devons faire, parce qu'autrement, nous allons négliger quelqu'un dans le besoin». Ce n'est pas notre rôle. Cela devrait se faire à un autre niveau, pas au niveau législatif.

Le président: Absolument. Rappelez-vous notre discussion préliminaire. Je disais que si nous présidions un comité des ressources humaines d'un conseil d'administration d'entreprise, nous devrions composer avec cette situation non pas en tant que changement de politique, mais de changement ponctuel visant une personne en particulier.

Le sénateur Lynch-Staunton: Je trouve que les observations sont une bonne appréciation de la situation. Comme je l'ai dit, j'espère que ces observations font comprendre au gouvernement qu'il devrait trouver un moyen d'éviter que ce problème se reproduise.

Le président: De fait, si j'ai l'approbation du comité, je suggère de présenter les observations, avec une lettre d'accompagnement signée de moi, au secrétaire du Conseil du Trésor, comme il se doit, et au greffier du Conseil privé, pour faire remarquer que cela s'est fait avec plus de réticence qu'il n'y paraît.

Personnellement — je ne demanderai pas au comité d'être d'accord avec moi ici — si nous devons être mis à nouveau dans cette situation, je ne pense pas que le projet de loi serait adopté. Je ne voterai pas une autre fois en faveur d'un projet de loi similaire, dans une situation similaire parce qu'il n'y a pas d'autre moyen de régler cela. C'est certainement mon intention, à moins que quelqu'un me dise que je me trompe.

Le sénateur LeBreton: Je pense que le gouvernement reconnaîtra le fait qu'à cause de ce projet de loi, il aura des négociations très intéressantes avec l'AFPC. Dans son témoignage devant nous, l'AFPC a donné son accord de principe au projet de loi parce qu'elle y voyait des possibilités pour elle-même, en vue de négociations d'avantages comme ceci. À la prochaine session du Parlement, peut-être le gouvernement devra-t-il examiner encore la Loi sur le Parlement du Canada et essayer de régler les choses de façon appropriée et, ainsi, d'éviter d'énormes dépenses aux contribuables, découlant de négociations avec l'AFPC.

Le président: C'est un problème qu'il s'est créé lui-même, particulièrement parce qu'il a lui-même déclaré que ce n'est rien de plus que ce qu'a la fonction publique, et alors, le syndicat se présente et affirme «en passant, nous ne l'avons pas».

Le sénateur Fairbairn: Si vous envoyez une lettre, j'espère que vous y ferez certains de ces commentaires.

Le président: J'y compte.

Le sénateur Cook: Je m'inquiète de la protection de la vie privée de cette personne, parce que son nom a déjà été prononcé, sans indication qu'on veuille le protéger.

Le sénateur LeBreton: Nous n'avons jamais dit son nom.

Le président: Nous y avons fait bien attention.

Senator Cook: I heard Minister Saada name the person in his testimony.

Senator LeBreton: I did not realize he had done that. However, she has now spoken publicly herself.

The Chairman: The committee was scrupulous on that account.

Senator LeBreton: We did not even identify the gender.

The Chairman: We were scrupulous, certainly the two of us, in writing observations, to always use the phrase “a retiring parliamentarian.” We were very careful.

Senator Cook: On page 4 of the recommendations, you are say, “a better approach might have been to amend.” That is a little soft.

The Chairman: “Would have been to amend.” I am happy to make that change. It is too soft, and it could have been done that way. I know the evidence said it could not have been, but I am sceptical.

Could I ask for a motion to dispense with clause-by-clause?

Senator LeBreton: I so move.

The Chairman: Is there any objection? Could I have a motion to report the bill unamended but with (a) the observations and (b) the change that Senator Cook just made?

Senator LeBreton: So moved.

The Chairman: All in favour? Anyone against?

Thank you very much.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 29, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:07 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness; and to give consideration to Bill S-17, to amend the Citizenship Act.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Our witnesses are from Correctional Services Canada, Mr. Motiuk and Ms. Bouchard; from Simon Fraser University by videoconferencing, Ms. Margaret Jackson;

Le sénateur Cook: J'ai entendu le ministre Saada dire son nom dans son témoignage.

Le sénateur LeBreton: Je ne m'en étais pas rendu compte. Cependant, elle en a elle-même parlé en public.

Le président: Le comité a été scrupuleux, sur ce plan.

Le sénateur LeBreton: Nous n'avons même pas dit si c'est un homme ou une femme.

Le président: Nous avons été scrupuleux, certainement nous deux, dans la rédaction des observations, et avons fait attention à parler de «parlementaire qui prend sa retraite». Nous avons fait très attention.

Le sénateur Cook: À la page 4 des recommandations, vous dites «il aurait peut-être mieux valu modifier». C'est un peu léger.

Le président: Il aurait fallu modifier? Je veux bien faire ce changement. Il est vrai que c'est léger, et ça aurait pu être fait ainsi. Je sais que dans le témoignage, on nous dit que non, mais je suis sceptique.

Puis-je demander une motion pour qu'on se passe de l'étude article par article?

Le sénateur LeBreton: Je le propose.

Le président: Y a-t-il des objections? Puis-je avoir une motion pour la présentation du projet de loi sans modification, mais avec (a) les observations et (b) le changement que vient de proposer le sénateur Cook?

Le sénateur LeBreton: Je le propose.

Le président: Tous ceux qui sont d'accord? Quelqu'un est contre?

Merci beaucoup.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 29 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 07 pour examiner, afin d'en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. Le comité doit également examiner le projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Voici la liste de nos témoins: du Service correctionnel du Canada, M. Motiuk et Mme Bouchard; de l'Université Simon Fraser, en vidéoconférence,

from Human Resources and Skills Development Canada, Mr. Bill Cameron and Ms. Marie-Chantal Girard; and, as an individual, Ms. Pat Capponi.

Ms. Pat Capponi, as an individual: I would ask the Clerk of the Committee to pass round my briefs. I am here to speak as someone labelled a chronic psychiatric patient.

Institutionalization meant confinement and custodial care on the back wards of provincial institutions, often for decades. Those labelled chronic mental patients were infantilised, over medicated, shocked, lobotomized and controlled. Their world was dramatically reduced to endless card games, daytime television shows and the constant smoking of bales of tobacco, the only reward for good behaviour. There were no expectations placed upon them and no decisions they were required to make. Patients learned over and over again the lessons of absolute dependence in every aspect of their meagre existence, as well as the harsh consequences of resisting those in authority.

Patients were released — “de-institutionalized” — in unseemly haste, with prescriptions and bus tickets and addresses of for-profit rooming and boarding homes. However, they carried the effects of the institutions within them as no effort had been made to reorient individuals to life in the real world. Few of the dollars saved from the closure of beds followed them into the community.

They were broken, hugely vulnerable, unaware of their rights or obligations, often illiterate with no job skills, no friends and few remaining contacts with families. They were ripe for exploitation, physical and sexual abuse, and the temporary escape into addictions. They had no defences. In this new world, they were still confined by fear and poverty and the angry neighbourhood reaction to their presence. Exhausted by the medications that crippled them, people slept away long hours of the day and night in over-crowded rooms.

That was the scope of their lives, and the professionals who signed prescriptions for them felt it was all they were capable of. Years went by. Many patients died from suicide or physical illness; others continued in this half-life while advances in care went to benefit those deemed more worthy.

We saw that as the older patients faded away, newly labelled men and women from the same social strata took their places and quickly learned many of the same lessons of the powerlessness and defeat. Institutionalization was continuing in the community, defined by the lack of care and indifference to our plight.

Some of us, a very few at first, started to question received wisdom about who we were and what we were capable of. We exposed, through the media, the conditions we were forced to live in. We began to deal with civic and provincial bureaucrats and

Mme Margaret Jackson; de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, M. Bill Cameron et Mme Marie-Chantal Girard et, à titre personnel, Mme Pat Capponi.

Mme Pat Capponi, témoignage à titre personnel: Je demanderais au greffier du comité de bien vouloir distribuer mon mémoire. Je suis ici pour prendre la parole en tant que personne diagnostiquée comme patient psychiatrique chronique.

L’institutionnalisation signifie l’enfermement et les soins de garde dans les arrières-salles des institutions provinciales, parfois pour des décennies. Ceux que l’on a diagnostiqués comme étant des patients psychiatriques chroniques étaient infantilisés, drogués, lobotomisés, contrôlés et assujettis à des séances de chocs électriques. Leur monde se réduisait à des jeux de cartes interminables, à des programmes télévisés quotidiens et au tabac qu’ils fumaient constamment, seule récompense de leur obéissance. On n’attendait rien d’eux et ne leur faisait prendre aucune décision. Les patients apprenaient continuellement les leçons d’une dépendance absolue, comme dans les aspects de leur petite existence, ainsi que les conséquences sévères d’une résistance aux autorités.

Les patients ont été libérés — «désinstitutionnalisés» — dans une précipitation indécente, prescriptions, tickets d’autobus et adresses de maisons de chambres et de foyers en main. Cependant, ils portaient en eux les marques de l’institutionnalisation, puisqu’aucun effort n’avait été fait pour les réintégrer à la vie du monde réel. Ils arrivaient dans la communauté avec le restant des dollars économisés par la fermeture des lits.

Ils étaient fauchés, extrêmement vulnérables, ignorant leurs droits et leurs obligations, souvent analphabètes et sans compétences professionnelles, sans amis et avec peu de contact avec leur famille. Ils étaient mûrs pour l’exploitation, l’agression sexuelle et physique et les évasions au moyen de l’intoxication. Ils étaient sans défense. Dans ce nouveau monde, ils restaient enfermés dans la peur et la pauvreté et les réactions haineuses de leur entourage face à leur présence. Épuisées par des médicaments qui les diminuaient, ces personnes passaient de longues heures à dormir, jour et nuit, dans des pièces bondées.

C’était leur vie et les professionnels qui signaient leurs prescriptions pensaient que c’était tout ce dont ils étaient capables. Les années passaient. Beaucoup de patients mouraient de maladies physiques ou se suicidaient; d’autres continuaient cette existence de mort-vivant, alors que le progrès en soins de santé profitait à ceux que l’on jugeait plus méritants.

Alors que les patients plus âgés disparaissaient, de nouveaux hommes et de nouvelles femmes rangés dans la même catégorie sociale les remplaçaient et apprenaient rapidement les mêmes leçons d’impuissance et de défaite. L’institutionnalisation continuait dans les communautés, définie par le manque de soins et l’indifférence vis-à-vis de notre désespoir.

Certains d’entre nous, très peu au début, ont commencé à mettre en question les connaissances acquises sur notre identité et nos possibilités. Par le biais des médias, nous avons montré les conditions dans lesquelles on nous forçait à vivre. Nous avons

politicians. We asked, where were the agencies that were funded to work with former patients but in fact excluded them? We began to engage in a struggle in the early 1980s that would take a quarter of a century to see gains and real differences. We did it largely without help or support from those charged with our care, with some notable exceptions.

Dr. Reva Gerstein, appointed to be the Mayor's Action Task Force on Discharged Psychiatric Patients in Toronto, was the first to listen to us and the first to act on what she heard. This, in itself, was empowering and validating. Over time, we won the right to occupy positions on management boards of agencies and to create patient councils in provincial hospitals. More importantly, we won the recognition of the need to integrate professional staff with psychiatric survivors.

We began to understand that the way we looked and felt, the way we were forced to live, our isolation, exclusion, hopelessness and excruciating poverty had little to do with whatever diagnosis we carried. We looked at the simply poor; how the stresses and strains of trying to keep a roof over their heads and food in their stomachs mimicked the symptoms of mental illness. We realized we were miserable because we were thigh-deep in miserable circumstances.

We began to tackle poverty and powerlessness directly through the creation of psychiatric-survivor-run businesses. Led by my sister Diana, who had battled mental illness and heroin addiction, they lobbied and developed survivor businesses in the Province of Ontario — a radical departure from traditional vocational rehabilitation. Our community began to see that there were possibilities out there for us. We began to have role models and leaders. We were achieving, breaking myths and assumptions about who and what we were, and we were forming community. Chronic psychiatric patients showed commitment in reporting to work on time. In acquiring new skills, lasting friendships were created and people grabbed every opportunity to learn from each other's experiences. We were successfully attacking the stigma within and without the mental health system where millions of dollars spent on elaborate advertising campaigns had failed.

One example is in the Toronto neighbourhood of Parkdale, where the hostility of ratepayers, local politicians and businesses had been a major factor in keeping the "mental patients" scared and isolated. One young employee of the Ontario Council of Alternative Businesses, OCAB, came up with an idea and visited business improvement organizations in the area, offering to undertake the care of the large cement planters in front of each establishment that at the time had been reduced to garbage and

commencé à intervenir auprès des administrations provinciales, civiles et politiques. Nous nous sommes posé la question: Où sont ces agences qui sont financées pour aider les anciens patients, mais qui en fait les excluent? Nous avons commencé une lutte dans les années 80, qui prit un quart de siècle avant de porter fruit et de faire changer les choses. Nous avons mené cette lutte en grande partie sans soutien et sans aide de ceux qui étaient responsables de nos soins, à quelques exceptions près.

La Dre Reva Gerstein, responsable du groupe d'intervention du maire de Toronto sur les malades psychiatriques sortants, a été la première à nous écouter et à réagir, ce qui, en soi, était stimulant et validait notre cause. Au fil du temps, nous avons obtenu le droit d'occuper des postes aux conseils d'administration des agences et de créer des conseils de patients dans les hôpitaux provinciaux. Plus important encore, nous avons réussi à faire reconnaître le besoin d'intégrer aux professionnels de la santé des personnes ayant un vécu psychiatrique.

Nous avons commencé à comprendre que notre apparence et nos émotions, la façon dont on nous avait forcés à vivre, notre isolement, notre exclusion, notre désespoir et cette pauvreté insupportable n'avaient pas grand-chose à voir avec les diagnostics qu'on nous donnait. Nous nous sommes tournés vers les plus démunis; le stress et la tension nerveuse que l'on vit lorsque l'on essaie d'avoir un toit au-dessus de sa tête et de la nourriture dans son estomac ressemblent aux symptômes des maladies mentales. Nous nous sommes rendu compte que nous étions misérables parce que nous étions coincés dans des circonstances misérables.

Nous avons commencé à lutter contre la pauvreté et l'impuissance en créant directement des entreprises gérées par des patients psychiatriques sortants. Mené par ma soeur Diana, qui avait vaincu une maladie psychiatrique et la toxicomanie, notre groupe a fait des pressions et a créé des entreprises gérées par des patients sortants dans la province de l'Ontario — ce qui constituait une scission radicale avec la réhabilitation professionnelle traditionnelle. Notre communauté a commencé à se rendre compte qu'il y avait des possibilités pour nous. Petit à petit, nous nous sommes dotés de modèles et de chefs. Nous réussissions, nous détruisions les mythes et les idées préconçues sur ce que nous étions et nous formions une communauté. Les patients psychiatriques chroniques s'engageaient à arriver à l'heure au travail. En acquérant de nouvelles compétences, nous arrivions à créer des relations amicales durables et saisissons toutes les occasions d'apprendre des expériences des autres. Nous avons réussi à lutter contre la stigmatisation à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé mentale, où des millions de dollars ont été dépensés pour des campagnes de publicité élaborées qui n'ont pas marché.

Dans le quartier de Parkdale, à Toronto, par exemple, les hostilités des contribuables, de la classe politique locale et des entreprises étaient un facteur important de la peur et de l'isolement des patients psychiatriques. Un jeune employé du Ontario Council of Alternative Businesses, OCAB, a eu une idée, s'est adressé aux organismes d'amélioration des affaires du quartier et a offert de s'occuper des grosses jardinières en ciment qui se trouvaient à l'entrée des bâtiments, et qui à l'époque faisaient

cigarette-butt receptacles. Over time, Parkdale Green Thumb Enterprises won accolades and friendships for its professionalism and some of our greatest detractors now celebrate with us every achievement.

Still, for every advance there are setbacks. A mental patient is just that in the eyes of many. We are not entitled to be full human beings behind that label, not expected to have basic personalities that mirror those in the greater population — good, bad and everything in between. A schizophrenic is a schizophrenic and every action is attributed to that disease and not to the underlying nature of the individual or his circumstances. A person who is bitter and angry or who is addicted to crack or other drugs does something terrible and a chorus of voices are raised against all who carry the same label. Our civil rights are affected as laws are passed to “protect society” from the mentally ill.

As a result, we have assertive community treatment teams, ACT teams that primarily ensure that the client takes the medication. Though the mandate was supposed to be broader and remains so on paper, there are few decent places for teams to refer their clients to, and even fewer work opportunities. For staff to speak of this is to endanger their jobs. Whistle-blowing is no more popular in mental health than it is in Ottawa. The only resources we have in any abundance yet again are expensive psychiatrists, occupational therapists, nurses, and social workers who are reduced to delivering pills and needles, organizing “outings” and maintaining the client in the community.

This goal was first rejected by those who found themselves maintained in terrible establishments — “maintained” in medicated fogs. Some years ago when we questioned the value of funding agencies and teams simply to keep people quiescent in misery. We demanded that the success of any program be judged by the client, evaluated on quality-of-life issues: a home in which we are not afraid to live, a job that is not vocational rehabilitation, and friends who are not receiving salaries to spend time with us. Instead, funding has increasingly gone to keep discharged patients in chemical straightjackets for the comfort of the mainstream community. If a client is depressed and upset that his life is so narrowly constricted, if he is fearful of an abusive landlord, if poverty leaves him hungry and restless, his medication is increased. If he has the remaining life inside his body to be angry, the dosages will ensure that anger is forgotten.

We have shown that those labelled seriously mentally ill who work within survivor-run businesses require less medication and spend less time in hospital. We have shown that the worst thing that was done to us was to tell us that we could not achieve and that nothing could be expected of us, without risking another episode of psychosis. Stealing lives, hopes and whatever shreds of

plutôt office de poubelles et de cendriers. Au cours des années, Parkdale Green Thumb Enterprises a été félicité et chaleureusement appuyé pour son professionnalisme et certains de nos pires détracteurs d'autrefois célèbrent aujourd'hui avec nous chacune de nos réalisations.

Pourtant, pour chaque réussite, il y a des échecs. Pour beaucoup, un patient psychiatrique reste un patient psychiatrique. Catégorisés comme tel, nous n'avons pas le droit d'être des êtres humains à part entière, ni d'avoir des personnalités de base, comme celles du reste de la population — bonnes, mauvaises, et tout ce qui existe entre les deux. Une personne schizophrène est une personne schizophrène, et chaque acte qu'elle pose est attribué à sa maladie et non à la nature sous-jacente de la personne ou de ses circonstances. Une personne qui est amère et en colère, qui est dépendante du crack ou qui est autrement toxicomane commet un acte terrible et des centaines de voix se lèvent contre tous ceux qui portent la même étiquette. Nos droits civils sont minés, puisque les lois sont adoptées «pour protéger la société» des patients psychiatriques.

Par conséquent, nous avons des équipes de suivi intensif dans la communauté, les équipes SIEC dont l'objectif principal est de s'assurer que les clients prennent bien leurs médicaments. Même si son mandat devait être plus large et qu'il l'est officiellement, il existe peu d'endroits où les équipes peuvent envoyer leurs clients et encore moins de possibilités dans les milieux de travail. Les employés mettent leur emploi en danger s'ils en parlent. Les dénonciateurs ne sont pas plus populaires en santé mentale qu'ils ne le sont à Ottawa. Les seules ressources dont nous disposons en abondance, sont encore une fois des psychiatres coûteux, des ergothérapeutes, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux qui en sont réduits à fournir des médicaments et des seringues, à organiser des «sorties» et à garder le client dans la communauté.

D'abord, l'objectif de cette initiative a été rejeté par ceux qui étaient enfermés dans ces établissements terribles — «enfermés» dans le brouillard des médicaments. Il y a quelques années, lorsque nous avons remis en question la pertinence du financement des agences et des équipes uniquement pour garder les gens dans leur misère, nous avons demandé que ce soit le client qui juge du succès des programmes, à partir des critères axés sur la qualité de vie. Un foyer dans lequel nous n'avions pas peur de vivre, un emploi qui n'était pas de la réhabilitation professionnelle et des amis qui ne recevaient pas des honoraires pour passer du temps avec nous. À l'inverse, l'argent a été de plus en plus alloué pour garder les patients sortants dans des camisoles de force chimiques, pour le confort et l'homogénéité de la communauté. Si un client est déprimé et en colère que sa vie soit aussi limitée, s'il a peur d'un propriétaire abusif, si la pauvreté le laisse dans la faim et la nervosité, on augmente sa dose de médicaments. Si ce qui lui reste de vie à l'intérieur exprime de la colère, les doses le lui feront oublier.

Nous avons montré que ceux que l'on appelle les cas sérieux de maladie mentale qui travaillent dans ces entreprises gérées par des patients sortants ont besoin de moins de médicaments et passent moins de temps à l'hôpital. Nous avons montré que la pire chose que l'on pouvait nous faire, c'était de nous dire que nous n'arriverions à rien et que l'on ne peut rien attendre de nous. Cela

ambitions we carried within us and replacing all that with custodial care inside and outside of institutions is an ongoing crime against our community and our country's shame.

We have learned that we cannot depend on those working within the system to advocate for us. We cannot even expect them to see us as full individuals behind our obscuring labels. We need a small portion of the resources captured by institutions and agencies to create our own paths and opportunities and the recognition by the federal government of our right to full citizenship.

We are transforming ourselves in spite of stigma, coercion and poverty. We hope that we are transforming a system that instead of helping and healing, continues to place barriers, obstacles and limitations in our path. We want support, helpers who listen and act on what they hear, resources and access to decent housing, education and employment.

Mental illness is bad enough but the side effects — the consequences of being labelled in Canada — should not be tolerated in our country. We have lost too much and too many over the decades and the time has come for change.

Mr. Larry Motiuk, Director General, Research, Correctional Service of Canada: It is a great pleasure to present before you some information on behalf of Correctional Service of Canada, CSC, in relation to this issue on mental health and mental illness, particularly in respect of the federal correctional system. I have with me my colleague Ms. Françoise Bouchard, the Director General of Health Services at CSC who will begin.

Ms. Françoise Bouchard, Director General Health Service, Correctional Service of Canada: Over the last year, we have produced a variety of reports at CSC.

Our presentation today will focus on the mandate we have in corrections, a description of the issues, and the prevalence of mental disorders among offenders in the criminal justice system — Mr. Motiuk will address that. We will also provide information on the prevalence and nature of mental health problems and a description of the mental health care continuum of care and our CSC capacity at this time. We will invite any questions you have.

The legislative mandate of federal corrections is through the Corrections and Conditional Release Act, which states,

The service shall provide every inmate with essential health care and reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community.

Basically, federal offenders are not considered as beneficiaries of the provincial health system and come completely under federal responsibility.

risque de causer un autre épisode de psychose. Voler des vies, voler l'espoir et les modestes ambitions que nous avons en nous et les remplacer par des soins en milieu surveillé à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions, c'est un crime perpétuel contre notre communauté et c'est la honte de notre pays.

Nous avons appris que nous ne pouvons dépendre de ceux qui travaillent dans ce système pour nous aider. Nous ne pouvons pas nous attendre à ce qu'ils nous perçoivent comme des personnes à part entière, derrière nos diagnostics obscurs. Nous avons besoin d'un peu des ressources allouées aux institutions et aux agences pour créer nos propres chemins et débouchés. Nous avons besoin que le gouvernement fédéral reconnaisse pleinement nos droits de citoyens.

Nous nous transformons, malgré la stigmatisation, la coercition et la pauvreté. Nous espérons faire changer ce système, qui au lieu d'aider et de guérir, continue de placer des obstacles, des barrières et des limites sur notre chemin. Nous voulons de l'aide, des gens qui sauront écouter et réagir, des ressources, l'accès à un logement, à une éducation et à un emploi décents.

Les maladies mentales sont suffisamment difficiles, mais les effets indésirables — les conséquences d'être catégorisé malade mental au Canada — ne devraient pas être tolérées dans notre pays. Nous avons perdu tellement ces dernières décennies, il est temps que cela change.

M. Larry Motiuk, directeur général, Recherche, Service correctionnel du Canada: C'est un honneur de témoigner aujourd'hui et de vous fournir de l'information au nom du Service correctionnel du Canada, SCC, sur la question de la santé mentale et des maladies mentales, surtout relativement au système correctionnel fédéral. Mme Françoise Bouchard, directrice générale des Services de santé du SCC, m'accompagne. C'est elle qui va commencer.

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel du Canada: L'année dernière, nous avons produit une série de rapports au SCC.

Notre présentation aujourd'hui sera axée sur le mandat du SCC, une description des questions et sur la prévalence des troubles mentaux chez les délinquants du Système correctionnel fédéral — M. Motiuk parlera de cette dernière question. Nous vous fournirons également de l'information sur la prévalence et la nature de ces problèmes de santé mentale ainsi qu'une description du continuum des soins en santé mentale et de la capacité du SCC aujourd'hui. Nous répondrons volontiers à vos questions.

Le mandat législatif du Service correctionnel du Canada est établi dans la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition — qui énonce:

Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter son adaptation et sa réinsertion sociales.

En gros, les délinquants sous responsabilité fédérale ne sont pas considérés comme bénéficiaires du système de santé provincial et sont entièrement sous la responsabilité du fédéral.

Furthermore, our policy states, “a continuum of essential care for those suffering from mental, emotional or behavioural disorders will be provided consistent with professional and community standards.”

Mr. Motiuk: If you turn to page five of the presentation deck, you will see a flow showing the process involved for mentally disordered federal offenders.

I will set the frame in which offenders enter into the correctional system. For federal corrections, those who are sentenced to two years or more of incarceration come to our jurisdiction. Those who are sentenced to less than two years go to the provincial jurisdictions. When they arrive to us upon sentence, we conduct a thorough and comprehensive assessment upon admission for each and every individual. I will not go into the full details of the assessment process, but it is comprehensive. It does take a period of time. We ask some fundamental questions in the area of mental health and mental illness.

Following assessment, we develop a correctional plan for each offender. They are directed to either a regular institution or a treatment institution. Ms. Bouchard will describe later the types of services we have in these institutions.

On page six, we have a chart. As I mentioned, we have been systematically assessing our offender population for some time. We invested heavily in the early 1990s to develop an integrated systemic approach for every admission to identify who they are, what kind of problems they experienced and what, particularly, are their needs in order to develop a individualized, case-based treatment plan.

This chart shows the basic trend data over a five-year period ranging from 1997 to 2001. We measure four indicators for each and every admission — of which there are roughly 6,000 to 7,000 each year. We determine if they come with a current diagnosis of a mental disorder, if they have been hospitalized prior to admission and if they have been an outpatient.

As we can see in the graphs the trend line is very clear. It is upward. Six out of every 100 new federal admissions arriving from the court in 1997 were “diagnosed as disordered currently” by 2001, this proportion increased to 8.5 per 100, an increase of nearly 40 per cent.

The table on page seven presents a snapshot of characteristics at admission. There is a difference between the admission population and those currently with us. As you can imagine, many offenders spend a long period of time under sentence and some for life. When we take a snapshot of our offender population we determine how many arrived at the institution with a diagnosis or how many had received mental health services prior to arrival?

De plus, voici ce que prévoit la politique du SCC: «Les détenus qui ont des troubles mentaux, caractériels et comportementaux doivent recevoir un continuum de soins essentiels selon les normes professionnelles et communautaires établies.»

M. Motiuk: Si vous regardez la page 5 de la présentation, vous verrez un tableau qui montre le cheminement des délinquants sous responsabilité fédérale ayant des troubles mentaux.

Je vais parler des contrevenants qui font partie du système correctionnel. Les contrevenants qui sont condamnés à deux ans ou plus d'emprisonnement sont notre responsabilité. Ceux qui sont condamnés à moins de deux ans relèvent des provinces. Lorsqu'il nous arrive après sa condamnation, chaque contrevenant passe par une évaluation exhaustive et détaillée. Je ne vais pas passer en revue les détails de cette évaluation, mais elle est très exhaustive. Elle prend un certain temps. Nous posons des questions fondamentales, au sujet de la santé mentale et des maladies mentales.

Après cette évaluation, nous concevons un plan correctionnel pour chaque contrevenant. Ils sont aiguillés soit vers un établissement ordinaire, soit vers un centre de traitement. Mme Bouchard décrira plus tard le genre de services qui sont offerts dans ces établissements.

À la page 6, vous trouverez un tableau. Comme je l'ai dit, nous évaluons systématiquement nos délinquants depuis un certain temps. Nous avons beaucoup travaillé, dans les années 90, pour mettre en place une approche systémique intégrée pour chaque admission, afin de savoir qui ils sont, quels genres de problèmes ils vivent et quels sont leurs besoins, pour pouvoir concevoir un plan de traitement individuel et personnalisé.

Ce diagramme vous montre les tendances de base que l'on observe sur une période de cinq ans, de 1997 à 2001. Nous avons mesuré quatre indicateurs pour chacune des admissions — entre 6 000 et 7 000 par an environ. Nous déterminons s'ils arrivent avec un diagnostic de troubles mentaux, s'ils ont été hospitalisés avant d'être admis et s'ils ont déjà été des malades externes.

Comme vous pouvez le voir sur ce graphique, les courbes sont claires. Elles augmentent. En 1997, sur 100 délinquants venant des tribunaux et nouvellement admis dans le système correctionnel fédéral, six faisaient l'objet d'un «diagnostic actuel de trouble mental». En 2001, cette proportion était passée à 8,5 p. 100, une augmentation de près de 40 p. 100 en cinq ans.

Le tableau de la page 7 vous offre un instantané des caractéristiques à l'admission. Il y a une différence entre les délinquants à l'admission et ceux qui sont actuellement chez nous. Comme vous vous en doutez, beaucoup de délinquants purgent une peine très longue et d'autres sont emprisonnés à vie. Lorsque l'on prend un instantané de notre population de délinquants, nous déterminons combien arrivent chez nous avec un diagnostic et combien ont reçu des services de santé mentale avant leur arrivée.

More than one out of every 10 men and two out of every 10 women under federal jurisdiction were diagnosed as having a mental disorder upon admission. This number tells us that somewhere between 11 and 12 per cent of our population currently have issues in this regard.

On the following page, you can see what kinds of health concerns exist at intake. It comes as no surprise that the majority of our offender population have significant issues with substance abuse and addictions. Currently, we know that 80 per cent of our offender population arrives with a need for intervention in this area. A link can be with the abuse or addiction to their crime or offence in approximately 50 per cent of the cases. Note too that a percentage of men have had issues in terms of suicide and other kinds of emotional disturbance upon arrival.

In the late 1980s, we engaged in a large epidemiological survey to get beyond just prevalence of mental disorder within our institutional populations to arrive at the nature. We have conducted a number of studies and I would be pleased to make these available to members of the committee. They have been published in the past and are available on our Internet sites. These studies provide many details on the nature and prevalence on mental disorder within our offender populations. You can see some figures here that show that there is considerable complexity in the number of issues that our population present.

In respect of the number of comparisons of not only people in the institutions but also those under supervision, Correctional Service Canada is currently responsible for managing about 12,500 inmates and 8,000 or 9,000 offenders on conditional release under active supervision by our parole officers. We realize that some of these individuals present concerns in terms of management in the community as well.

The table on page 11 shows the incidence of co-morbidities or co-occurring mental disorders. It is clear that within our offender population many of these individual cases represent multiple problems. We have done many studies on co-morbidity. Some have been done on both the provincial and federal correction systems. We see that there are co-occurring disorders. The issue of substance abuse co-occurring with other major disorders is quite and high.

We see in our population major categories of disorders that are about two to three times higher in our inmate population relative to the general population in the community. There is also a lifetime prevalence rate of mental disorder in about 84 per cent of our population, which is more than twice that of the general population.

According to recent trends, the percentage of the federal offender population with mental health problems is growing even though overall prison admissions and the institutional population counts have been in decline. Although offenders with mental disorders still represent a relatively small proportion of the overall population, their increasing numbers and complexity of

Dans le cas de plus d'un homme sur dix et de deux femmes sur dix sous responsabilité fédérale, on a établi, lors de l'admission, qu'ils avaient déjà fait l'objet d'un diagnostic de trouble mental. Ce chiffre nous indique qu'environ 11 ou 12 p. 100 de notre population de délinquants ont actuellement des problèmes de santé mentale.

À la page suivante, vous verrez le genre de problèmes de santé mentale qui existent à l'admission. Vous ne serez pas surpris de voir que la majorité de la population des délinquants ont des problèmes importants de toxicomanie. Actuellement, nous savons que 80 p. 100 de notre population, à l'admission, nécessitent une intervention à ce sujet. On peut établir un lien entre la toxicomanie et leur crime ou leur infraction, dans presque 50 p. 100 des cas. Vous remarquerez également qu'un certain pourcentage d'hommes ont des problèmes relatifs au suicide ou autres perturbations affectives à leur arrivée.

À la fin des années 80, nous avons mené une étude épidémiologique d'envergure pour aller au-delà de la simple prévalence des maladies mentales de notre population, pour cibler la nature de ces troubles. Nous avons mené plusieurs études et je serai heureux de les mettre à la disposition des membres du comité. Elles ont été publiées et sont disponibles sur nos sites Internet. Ces études décrivent en détail la nature et la prévalence des troubles mentaux de notre population de délinquants. Vous trouverez certains de ces chiffres, qui font état de la complexité considérable des problèmes entourant les troubles recensés.

En ce qui concerne le nombre de comparaisons non seulement des personnes institutionnalisées mais également de celles qui sont supervisées, le SCC est actuellement responsable de 12 500 détenus et 8 000 ou 9 000 contrevenants en liberté conditionnelle qui sont actuellement supervisés par nos agents de libération conditionnelle. Nous comprenons que certaines de ces personnes peuvent soulever des préoccupations dans la communauté également.

Le tableau de la page 11 fait état de l'incidence des troubles mentaux concomitants. Il est clair qu'au sein de notre population de délinquants, beaucoup de cas présentent des troubles multiples. Nous avons fait plusieurs études sur la comorbidité, autant dans les systèmes correctionnels provincial et fédéral. Nous voyons qu'il existe des troubles mentaux concomitants. La toxicomanie est souvent associée à d'autres troubles importants.

Nous recensons dans notre population plusieurs grandes catégories de troubles dont la fréquence est deux à trois fois plus élevée chez les détenus que dans le reste de la population. Le taux de prévalence à vie de troubles mentaux lors de l'admission est de 84 p. 100. Il est deux fois plus élevé que celui observé dans la population générale.

Les tendances récentes indiquent que le pourcentage des délinquants de responsabilité fédérale ayant des problèmes de santé mentale augmente même si le nombre de délinquants admis dans les pénitenciers et la population carcérale diminuent. Bien que les délinquants souffrant de troubles mentaux ne forment toujours qu'une proportion relativement minime de la population

problems — multi-morbidity — are cause for concern. Access to mental health services and treatment — particularly medication — requires an enhanced CSC response capacity.

Ms. Bouchard: We also brought a recent publication of the Canadian Public Health Association that portrays a better picture of the health care needs assessment of federal inmates in Canada. There is a chapter on mental health. It comprises some of the studies to which Mr. Motiuk has referred. It also provides a more detailed description of some of the issues regarding mental health and recidivism. I will leave copies with the committee.

The issue of mental health treatment for offenders is one that we must face as an organization. Inmates come in with two types of need: criminogenic needs — the nature of the corrections business — and mental health treatment needs. Mental health treatment for offenders is required if we want to reduce the disabling effects of serious mental illness in order to maximize each inmate's ability to participate electively in correctional programs; to help keep the prison safe for staff, inmates, volunteers and visitors; and to decrease the needless extremes of human suffering caused by mental illness.

Treatment of mentally ill offenders should improve their chances to follow their correctional plans, to participate in the programs that are offered regarding their criminogenic needs, and to prepare them for community release.

A continuum of mental health services has been recommended that we implement within Correctional Services. That includes crisis intervention, acute care programs, chronic care programs, special needs units, outpatient treatment in terms of the institution versus our treatment centres, consultation services to our regular institutions, as well as discharge and transfer planning.

How well do we do in that?

We have established five regional treatment centres, four of which are psychiatric hospitals in the provinces where they are located. In the Atlantic region we have the Shepody Healing Centre, which has 40 beds available; the Quebec region has 120 beds at the Archambault unit; in the Ontario region, there is the Regional Treatment Centre in Kingston, with 149 beds; in the Prairie region, there is the Regional Psychiatric Centre, a 194-bed facility that is also linked to the University of Saskatchewan through a special agreement; the Pacific region has the Regional Treatment Centre in Abbotsford with 192 beds.

We also provide intermediate and ambulatory care to our regular institutions. Intermediate care for the treatment of our chronically mentally disordered offenders and those requiring crisis intervention and transitional care is provided by mental health staff — mostly psychologists, nurses and contract psychiatrists during clinics — located in regular institutions.

carcérale globale, il y a lieu de s'inquiéter du fait que leur nombre augmente. L'accès aux services de santé mentale et aux traitements, en particulier aux médicaments, exige une intervention toujours plus efficace de la part de SCC.

Mme Bouchard: Nous vous avons également apporté une publication récente de l'Association canadienne de santé publique qui donne une bonne idée de l'évaluation des besoins en santé des détenus fédéraux au Canada. Il y a un chapitre qui porte sur la santé mentale. Elle comprend certaines des études dont M. Motiuk a parlé. Elle fournit également une description plus détaillée de certaines questions relatives à la santé mentale et à la récidive. J'en remettrai des exemplaires au comité.

En tant qu'organisme, nous devons nous occuper de la question du traitement des détenus atteint de maladie mentale. Il existe deux types de besoins chez les détenus: les besoins criminogènes — la nature même des centres correctionnels — et les besoins de traitements en santé mentale. Les soins de santé mentale pour les délinquants servent à réduire les effets invalidants des maladies mentales graves afin d'optimiser la capacité de chaque détenu de participer de plein gré aux programmes correctionnels; à contribuer au maintien d'un milieu carcéral sûr pour le personnel, les détenus, les bénévoles et les visiteurs; et à atténuer les extrêmes inutiles de la souffrance humaine causée par la maladie mentale.

Grâce aux traitements reçus, les délinquants ayant des troubles mentaux sont davantage en mesure de suivre leur plan correctionnel, de participer aux programmes et de se préparer en vue de leur mise en liberté.

Un éventail de soins de santé mentale a été recommandé au SCC, et nous le mettons en application. Il comprend l'intervention en situation de crise, les programmes de soins actifs, les programmes de soins chroniques, les unités spécialisées, le traitement des malades externes dans les centres de traitements plutôt que les institutions, les services de consultation dans nos institutions, ainsi que la planification des congés et des transferts.

Où en sommes-nous?

Nous avons mis sur pied cinq centres régionaux de traitement dont quatre sont des hôpitaux psychiatriques dans les provinces où ils sont situés. Dans la région de l'Atlantique, il y a le centre de rétablissement Shepody qui offre 40 places; dans la région du Québec, l'Unité de santé mentale de l'établissement Archambault, 120 places; dans la région de l'Ontario, le Centre régional de traitement — pénitencier de Kingston, 149 places; dans la région des Prairies, le Centre psychiatrique régional, à Saskatoon, 194, places et dans la région du Pacifique, le Centre régional de traitement, établissement du Pacifique, avec 192 places.

Nous fournissons également des soins intermédiaires et ambulatoires dans nos établissements ordinaires. Les soins intermédiaires pour délinquants atteints de troubles mentaux chroniques ou nécessitant une intervention d'urgence et des soins transitoires sont fournis par des membres du personnel de la santé mentale — surtout des psychologues, des infirmiers et infirmières et des psychiatres à contrat — dans des cliniques rattachées aux établissements ordinaires.

Each of our own institutions has what is supposed to constitute a mental health team to monitor, assess and treat people with mental health problems. Ambulatory care is provided, mostly by psychiatrists and nurses, to those who require additional mental health support while residing in regular institutions. We also have some prevention and psycho-educational programs. We have established a suicide prevention program, for example.

We do have some capacity issues. While our five treatment centres are directed to provide specialized intensive care, they are lacking capacity in respect of resources. We do not have the staffing ratio we would like to achieve, and which is needed to manage those cases. We have many psychologists; however, they are primarily engaged in providing risk assessment related to the inmate's correctional plan. Therefore, often we are struggling to answer the urgent needs, more than the long-term needs.

Currently, there is no formal training for our staff — I am referring to correctional staff. Increasingly, as we have offenders with those kinds of disorders, it is clear that staff have to have the special skills needed to manage and answer their needs.

Addressing the needs of offenders who require specialized mental health intervention can reduce the “revolving door” phenomenon. There is what we call a revolving door between corrections, both federal and provincial, but also the community, where often people who are afflicted with mental health disorders find themselves in the criminal justice system. While mentally disordered offenders are often less likely to reoffend — including violently — they are more likely to return to prison due to a breach of their release conditions — often as a result of inadequate support while they are in the community.

Based on the points we have shared with you, we have some observations. There is a need for a comprehensive, inter-jurisdictional strategy for the identification of management of offenders with mental disorders. While we try to do a comprehensive assessment at reception, much still needs to be done in respect of those identifying offenders who have mental health problems early in their sentences. That should also occur within the provincial systems as early as possible.

There is a need to have better links between the justice system and the health care system within the provinces. The search for solutions should start before imprisonment for those afflicted with mental health disorders. Within the federal corrections system, work is under way to improve capacities to assess and treat. However, we have no guarantees we will ever have additional resources to do that. We are, right now, conducting a review of our utilization of beds in our treatment centres to

Chacun de nos établissements comprend ce qui est censé constituer une équipe de santé mentale pour surveiller, évaluer et traiter les personnes atteintes de troubles mentaux. Les soins ambulatoires sont fournis principalement par les psychiatres et le personnel infirmier aux délinquants qui ont besoin de soins de santé mentale supplémentaires pendant leur incarcération dans un établissement ordinaire. Nous fournissons également des programmes psychoéducatifs et des programmes de prévention. Nous avons mis sur pied un programme de prévention du suicide, par exemple.

Nous avons des problèmes de capacité dans le système correctionnel fédéral. La SCC dispose de cinq centres de traitements spécialisés répartis dans l'ensemble du pays. Ces centres ne sont toutefois pas munis de ressources comparables à celles des établissements communautaires de psychiatrie légale dans les provinces. L'effectif du SCC compte de nombreux psychologues; toutefois, leur tâche principale consiste à évaluer le risque aux fins de la prise de décisions en matière de mise en liberté sous condition. Par conséquent, nous avons souvent du mal à répondre aux besoins urgents, plus qu'aux besoins à long terme.

Actuellement, le personnel correctionnel n'obtient aucune formation particulière dans le domaine de la santé mentale. Or, étant donné que de plus en plus de délinquants présentent ce genre de maladies, il est clair que notre personnel doit avoir des compétences spécialisées pour gérer leurs besoins et s'en occuper.

En s'occupant des besoins des délinquants qui nécessitent des soins spécialisés de santé mentale, on peut réduire le phénomène de la «porte tournante». Il existe ce que l'on appelle une porte tournante entre les services correctionnels, à la fois fédéraux et provinciaux, mais également dans les communautés, où les gens atteints de troubles de santé mentale se retrouvent dans le système de justice criminelle. Alors que les délinquants ayant des troubles mentaux sont moins susceptibles de récidiver — notamment de manière violente —, ils sont plus susceptibles de retourner en prison à cause d'une violation de leur liberté conditionnelle, qui est souvent le résultat d'un soutien inadéquat lorsqu'ils réintègrent la société.

À partir des éléments dont nous venons de vous faire part, nous avons certaines observations. Il faut établir une stratégie des besoins pour fins d'identification et de traitement des délinquants présentant des problèmes de santé mentale. Même si nous essayons de procéder à un examen lors de l'admission des délinquants, il reste beaucoup à faire en matière d'identification des délinquants atteints de problèmes de santé mentale, dès leur incarcération. C'est ce qui doit se produire dans les systèmes provinciaux également.

Il faut établir un lien entre le système de justice et les soins de santé au sein des provinces. La recherche des solutions doit débuter avant l'incarcération, pour les délinquants présentant des problèmes de santé mentale. Dans le système correctionnel fédéral, il faut améliorer la capacité de diagnostic et de traitement. Cependant, on ne nous garantit pas des ressources supplémentaires pour cela. Actuellement, nous faisons un examen de notre utilisation des lits dans nos centres de traitement, pour

maximize and direct them to those who have the most needs. Sometimes that calls for a change of culture between correctional culture and treatment culture, so there is lots of work still to be done.

Our last observation is the issue of continuity of care when people are released. This calls for better links between us, at the federal correctional level, and our provincial counterparts and the community mental health care out there. Partnerships are key to address those gaps, but what will be the incentive to create those partnerships?

Ms. Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy, Simon Fraser University: Madam Chair and honourable senators, thank you for this opportunity to talk about this issue.

I would like to touch on a number of the issues that have been raised this morning, primarily arising out of prevalence of mental illness and substance abuse among federally sentenced inmates. Some of what I will say will be redundant, but I suspect will be framed and possibly interpreted a bit differently, so I do ask for your patience.

I will speak about the prevalence rate, then reference noted difficulties arising from problems associated with what I see as a lack of holistic programming to link these various areas of disorders — that is, mental disorder and substance abuse. Finally, and more generally, I would like to place this consideration within a wider policy framework.

I would like to acknowledge that my main sources of current information, apart from my own background, are this current edition of the *Canadian Journal of Public Health* that was referenced earlier and passed around, as well as an interview with Dr. Johan Brink, who is currently the director of research for the Forensic Services Commission of British Columbia. He is the author of one of the only two prevalent studies on mental disorder among federally sentenced inmates considered in that overview that you have and elsewhere.

I will outline what I see as a key issue, starting with the high prevalence rate. In part, it is understandable given that such studies are stressful by definition and may exacerbate any existing disorders. The prevalence is thought to be highly underestimated because of inadequate resources for assessment, treatment and follow-up of mental disorder, especially given the high rates of comorbidity that were referenced earlier; that is, someone could be diagnosed as having a mental disorder as well as having a substance abuse disorder.

This is made more of a problem because of a lack of standardized assessment protocols upon entry to CSC for mental disorder. Studies in other prison systems have shown that detection rates of mental disorders in prisons during initial assessment can be low; and that only a minority of those who are acutely psychotic or have other disorders are identified. It is the opinion of Dr. Brink that the normal detection rate is quite low upon entry here in Canada as well. His B.C. study found that

optimiser les ressources et les affecter à ceux qui en ont le plus besoin. Parfois, cela nécessite un changement de culture, entre la culture correctionnelle et la culture du traitement, ce qui veut dire qu'il reste beaucoup de travail à faire.

Notre dernière observation porte sur l'importance d'aplanir les conflits de compétences pour assurer la continuité des soins lors de la libération dans la communauté. Cela exige de meilleurs liens entre nous, le système correctionnel fédéral et nos homologues provinciaux ainsi que les professionnels des soins de santé mentale. Les partenariats sont la clé pour combler les lacunes de ce genre, mais qu'est-ce qui nous incitera à établir de tels partenariats?

Mme Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale, Université Simon Fraser: Madame la présidente, honorables sénateurs, merci de me donner la possibilité de prendre la parole aujourd'hui.

J'aimerais traiter de plusieurs questions qui ont déjà été soulevées ce matin, surtout au sujet de la prévalence des maladies mentales et de la toxicomanie au sein de la population carcérale fédérale. Ce que je vais vous dire vous semblera peut-être redondant, mais je crois que cela peut être interprété un peu différemment, alors je vous demande d'être patients.

Je vais parler du taux de prévalence, et des difficultés qui découlent des problèmes associés à ce qui me semble être un manque de programmes holistiques pour établir des liens entre ces différents types de maladies — c'est-à-dire, les maladies mentales et la toxicomanie. Enfin, et plus généralement, j'aimerais intégrer cette réflexion au cadre stratégique général.

Mes sources principales pour cette information, en plus de mon propre bagage, sont la dernière édition de *La revue canadienne de santé publique*, dont on a parlé plus tôt et qui a été distribuée, ainsi qu'un entretien avec le Dr Johan Brink, qui est actuellement directeur de recherche à la Forensic Services Commission de la Colombie-Britannique. Il est l'auteur d'une des deux seules études répandues sur les maladies mentales chez les détenus des services correctionnels fédéraux, ceux qui font partie de l'aperçu que vous avez et les autres.

Je soulignerais ce qui me semble être une question clé, c'est-à-dire le taux de prévalence important. Il est compréhensible en partie étant donné que ces études sont stressantes par définition et peuvent exacerber les maladies existantes. On pense que cette prévalence est grandement sous-estimée, à cause des ressources inadéquates affectées aux évaluations, au traitement et au suivi des maladies mentales, surtout étant donné les taux élevés de comorbidité, dont on a parlé plus tôt. C'est, par exemple, quelqu'un qui est diagnostiqué comme étant à la fois malade mental et toxicomane.

La situation est empirée par l'absence de protocoles d'évaluation normalisés des troubles mentaux lors de l'arrivée du détenu au SCC. Les études effectuées dans d'autres systèmes carcéraux ont révélé que les taux de détection pour troubles mentaux dans les prisons lors de l'évaluation préliminaire sont assez faibles; en fait, seule une minorité de ceux qui sont atteints de psychoses graves ou d'autres troubles mentaux sont identifiés. Le Dr Brink est d'avis que le taux normal de détection est très

84 per cent of inmates had at least one current or lifetime DSM4 psychiatric diagnosis including substance abuse — more than double the 40.7 per cent prevalence rate found in a Canadian study in a general male community population. It is true that substance abuse disorders are extremely common in the majority of inmates meeting diagnostic criteria for abuse or dependence.

With this issue of co-morbidity, there is the issue of appropriate programming that reflects and acknowledges that problem of co-morbidity. You can have, for example, 75 per cent of those diagnosed with schizophrenia also being diagnosed with one or two other disorders. Women prisoners, although figures have not been validated in existing studies, have been found, interestingly enough, to have higher rates of mental disorder and substance abuse problems, including higher rates of suicide than male offenders, and they experience similar problems arising from co-morbidity. The prevalence table provided to you gives another kind of breakdown from this review article according to security level and gender breakdown.

In addition to difficulties upon entry into CSC with appropriate diagnosis, there is also insufficient focus and attention on the identification of mental illness and disorder in the remand centres, and there are inadequate resources for true diversion. Few are referred for specialized pre-trial psychiatric assessments and, though it is true that more is known about the rates of major mental illness, there is less known about disorders traditionally regarded as less serious but suspected of contributing significantly to criminal behaviour. For example, we have attention deficit disorder, serious impulsivity, FAS/FAE, anxiety and mood disorders, history of traumatic brain injury and serious personality disorders other than antisocial.

The problem in part may arise from the disjuncture between the correctional as opposed to mental health systems paradigms and goals. Understandably, correctional programming is focused upon the identification and reduction of criminogenic risk factors referenced previously with the goal of reducing recidivism. Mental health treatment goals are to address the mental disorder and thereby improve the inmate's ability to function. I would argue that those needs should be dealt with before the inmate can benefit from the other kinds of programming, such as cognate programming.

Also, within correctional settings in the community, as we have heard from the first witness there is a stigma attached to mental illness and thus resistance to seeking out and maintaining treatment. For diagnosed mental illness problems, the regional

faible ici au Canada lors de l'arrivée d'un détenu en milieu carcéral. L'étude qu'il a effectuée en Colombie-Britannique a révélé que 84 p. 100 des détenus avaient un diagnostic psychiatrique DSM4 de maladie mentale passagère ou chronique accompagnée de toxicomanie — soit plus de deux fois la moyenne de 40,7 p. 100 identifiée chez la population canadienne mâle en milieu non carcéral. De plus, des troubles associés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme ont été identifiés dans la majorité des détenus qui, selon les critères, avaient des signes diagnostiques de consommation excessive ou de dépendance.

Quant à la comorbidité, il faut des programmes appropriés qui reflètent et reconnaissent ce problème. Vous pouvez, par exemple, déterminer que 75 p. 100 de ceux qui sont diagnostiqués schizophréniques ont également reçu un diagnostic pour un ou deux autres troubles mentaux. Fait singulier, les détenues, même si les chiffres n'ont pas été validés dans les études disponibles, connaissent des taux plus élevés, de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, y compris des taux de suicide plus élevés, que chez les détenus, et elles connaissent les mêmes problèmes associés à la comorbidité. Le tableau faisant état des taux de prévalence qu'on vous a fourni vous donne une autre ventilation des résultats obtenus lors de cette étude, en fonction du niveau de sécurité et du genre du détenu.

Aux problèmes liés au diagnostic approprié de troubles mentaux à l'arrivée au SCC, s'ajoute le fait qu'on n'accorde pas une attention suffisante à l'identification des troubles mentaux dans les centres de détention provisoire et qu'on ne dispose pas des ressources adéquates pour assurer une véritable réaffectation des détenus. Très peu d'entre eux ont accès à des évaluations psychiatriques spécialisées avant l'instruction et, même s'il est vrai que l'on en connaît plus long sur les taux d'incidence des principaux troubles mentaux, on en connaît beaucoup moins sur les troubles qui traditionnellement ont été jugés moins graves, mais qui pourraient contribuer de façon marquée au comportement criminel. Par exemple, il suffit de mentionner l'hyperactivité avec déficit de l'attention, des troubles d'impulsion graves, le SAF et les effets de l'alcoolisme foetal, l'anxiété et les troubles d'humeur, les antécédents de traumatisme cérébral et de graves troubles de personnalité, outre le comportement antisocial.

Le problème est peut-être attribuable, en partie, au fait qu'il n'existe aucun lien entre les paradigmes et les objectifs du système correctionnel et du système de santé mentale. Évidemment, l'établissement de programmes par le secteur des services correctionnels porte sur l'identification et la réduction des facteurs-risques criminogènes qu'on a mentionnés plus tôt afin de réduire la récidive. Les objectifs de traitement de troubles mentaux visent à s'attaquer aux troubles mentaux et donc à améliorer la capacité de fonctionner du détenu. À mon avis, il faut s'occuper de ces priorités si l'on veut que le détenu puisse profiter pleinement des autres types de programmes, comme ceux offerts par les services correctionnels.

De plus, en milieu correctionnel, comme nous l'a dit le premier témoin, un stigmata est associé aux troubles mentaux et les détenus hésitent donc à obtenir des traitements ou à continuer à les recevoir. Pour les troubles mentaux diagnostiqués, les centres

psychiatric centres have established treatment programs that are good models. However, fewer such resources exist within the penitentiaries. There are various substance abuse programs in the penitentiaries and a wide array of other programming such as methadone treatment program and the offender pre-release substance abuse program and the community-based choices program. The point is that both kinds of disorders should be considered together because they often exacerbate one another.

The same problems exist once the offender is released back into the community, as we have heard, often untreated for an undiagnosed mental disorder because of the same stigmas and resistance by the community, mental health facilities, clinics and boarding homes in accepting the mentally disordered ex-offender. Thus, that ex-offender may become homeless and without a support system. The actual case sketched out for you in the handout speaks to this but I believe that the testimony of the first witness was more compelling in delivering the story of such individuals.

Often there are inadequate counselling and treatment services on the outside and that can lead to the old notion of bus therapy or the revolving-door syndrome, which means that these individuals are shunted back and forth between the mental health and correctional settings with no real solution for them. This has occurred in part because of the long-term trend towards the de-institutionalization of individuals who traditionally would have been cared for in mental health settings. Thus, we have the de-institutionalization from the mental health system and the institutionalization of the mentally ill within the criminal justice system.

The main issues in the phenomenon we are discussing today have to do with policy and procedure. The Corrections and Conditional Release Act, 1992, which was referred to earlier, obliges CSC staff to ensure that the human rights of all prisoners are protected. In addition to the protection of human rights emphasis, I would argue that there may well be section 7 Charter concerns on a related issue of security of person for these individuals.

I also agree that, ultimately, we have to look at the mission statement and its objectives for the Correctional Services of Canada as the ultimate measure against which we have to make meaning of the problems, the diagnosis and the treatment of mental disorder in correctional settings; and the lack of holistic connections in treatment, and programming between substance abuse and other mental disorders.

The mandate of the CSC is to actively encourage and assist offenders to become law-abiding citizens. It is to provide opportunities for the development of social and living skills, while exercising reasonable, safe, secure and humane control. This is the obvious measure to judge CSC's effectiveness in

psychiatriques régionaux ont lancé des programmes de traitement qui sont de bons modèles. Cependant, il existe peu de ressources de ce genre dans les pénitenciers. Il existe divers programmes pour ceux qui ont des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme dans les pénitenciers et toutes sortes d'autres programmes comme le traitement de méthadone et les programmes d'aide aux toxicomanes et alcooliques offerts avant la libération du détenu; il y a également des programmes offerts en communauté. Le fait est que ces deux types de troubles mentaux devraient être traités ensemble parce qu'ils se présentent souvent chez le même détenu.

Les mêmes problèmes existent une fois que le détenu est libéré, comme on nous l'a dit, car bien souvent il ne reçoit pas de traitement pour un trouble mental qui n'a pas été diagnostiqué à cause de la stigmatisation et de la résistance qui existent au sein de la communauté, des services de soins de santé, des cliniques et des centres d'hébergement, qui hésitent à accepter un ancien détenu qui souffre de troubles mentaux. Ainsi, cet ancien détenu peut se retrouver sans abri et sans système de soutien. L'exemple présenté dans cette brochure explique bien la situation, mais je crois que le témoignage du premier témoin était beaucoup plus convaincant pour illustrer ce que vivent ces détenus.

Il n'existe souvent pas de services de traitement ou de counselling appropriés dans la communauté et cela crée un système à porte tournante ou de thérapie au petit bonheur, si bien que ces particuliers font la navette entre le centre de santé mentale et le pénitencier et qu'aucune solution n'est offerte à leur problème. Cela se produit en partie parce qu'on essaie depuis longtemps de donner leur congé à ceux qui normalement auraient reçu des traitements dans un contexte institutionnel. Il en résulte une désinstitutionnalisation dans le système de santé mentale et une institutionnalisation des malades mentaux dans le système carcéral.

Les principaux aspects de ce phénomène dont nous discutons aujourd'hui concernent la politique et la procédure. La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, de 1992, dont on a parlé plus tôt, oblige le personnel de SCC à veiller à la protection des droits de la personne de tous les détenus. En plus de mettre l'accent sur la protection des droits de la personne, je dirais qu'il existe sans doute des préoccupations relevant de l'article 7 de la Charte sur une question connexe de sécurité de la personne dans le cas des détenus.

Je conviens également qu'en bout de ligne, l'examen de l'énoncé du mandat et des objectifs du Service correctionnel du Canada sera le dernier moyen de comprendre les problèmes, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux en milieu correctionnel; et l'absence de liens holistiques en matière de traitements et de programmes entre l'abus d'alcool ou d'autres drogues et d'autres troubles mentaux.

Le mandat du SCC consiste à encourager activement les contrevenants à devenir des citoyens respectueux des lois et à les aider en ce sens. Il consiste à leur offrir des possibilités de développer des aptitudes sociales et des connaissances pratiques tout en exerçant un contrôle raisonnable, sûr et humain. C'est le

respect of the diagnosis, treatment and rehabilitation of mentally disordered offenders in their system and after release from the system back into the community as law-abiding citizens.

In using that measure, we have seen evidence this morning of a lack in achieving those goals. I support the recommendations made by the previous witness. I have additional recommendations that I will speak to during questions.

The Deputy Chairman: Ms. Jackson, we will ensure our records properly describe your position.

We will now hear from Mr. Bill Cameron and Ms. Marie-Chantal Girard from Human Resources and Skills Development Canada.

Mr. Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness, Human Resources and Skills Development Canada: To clarify, we are with HRSD but the National Secretary on Homelessness reports to Ms. Claudette Bradshaw, Minister of Labour and Minister responsible for Homelessness.

The National Homelessness Initiative was launched in 1999. It is a community-based initiative directed toward trying to alleviate and, to some extent, prevent homelessness in communities across Canada. There are roughly 61 communities in Canada involved in the program, which represent over 75 per cent of the population. The fundamental principle of the National Homelessness Initiative is community based. In other words, the community groups and stakeholders come together to develop a community plan to address homelessness in both the short and long term within the community. Part of that planning process is to identify the gaps and the priorities that need to be addressed when looking at homelessness.

The second key element of the National Homelessness Initiative is that the community itself decides on which one of these priorities are to be funded and the community is responsible for seeking the funding through a request for proposal. The National Homelessness Initiative is primarily a community-based initiative led by the community. Decisions are made by the community and, in some cases, delivered by communities, municipalities and a wide range of partners from Aboriginal entities to municipal entities. There is an Aboriginal component to the program. We work in conjunction with a wide range of partners across Canada.

The objective of the National Homelessness Initiative is to provide a comprehensive continuum of support to encourage self-sufficiency and to prevent those at risk from falling into homelessness. There is a wide range of supports around needs assessment; outreach; emergency accommodation — shelters; transitional and supportive facilities, used when people move from shelters to transitional and supportive facilities to move toward a more sustainable and independent lifestyle; and, of course, community capacity building. We need to work with

critère évident en fonction duquel on peut évaluer l'efficacité du SCC au niveau du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des contrevenants ayant des troubles mentaux qui se trouvent dans le système et après leur libération du système, lorsqu'ils sont de retour dans la communauté en tant que citoyens respectueux des lois.

En utilisant ce critère, nous avons constaté ce matin une lacune pour ce qui est de la concrétisation de ces objectifs. J'appuie les recommandations formulées par le témoin précédent. J'ai des recommandations supplémentaires à faire dont je parlerai au moment des questions.

La vice-présidente: Madame Jackson, nous nous assurerons que notre compte rendu décrit correctement votre position.

Nous allons maintenant entendre M. Bill Cameron et Mme Marie-Chantal Girard de Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

M. Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri, Ressources humaines et Développement des compétences Canada: Je tiens à préciser que nous faisons partie de RHDC, mais que le Secrétariat général pour les sans-abri relève de Mme Claudette Bradshaw, qui est la ministre du Travail et la ministre responsable des sans-abri.

L'Initiative nationale pour les sans-abri a été lancée en 1999. Il s'agit d'une initiative communautaire visant à atténuer et, dans une certaine mesure, à prévenir l'itinérance dans certaines collectivités du Canada. Il y a environ 61 collectivités au Canada qui participent au programme, ce qui représente plus de 75 p. 100 de la population. Le principe fondamental de l'Initiative nationale pour les sans-abri repose sur la communauté. En d'autres mots, les groupes communautaires et les intervenants se réunissent pour établir un plan communautaire destiné à régler le problème du sans-abrisme à court et à long terme au sein de la collectivité. Le processus de planification consiste entre autres à déterminer les lacunes et les priorités dont il faut s'occuper en ce qui concerne les sans-abri.

Le deuxième élément principal pour les sans-abri, c'est que la collectivité décide elle-même des priorités qui seront financées et la collectivité est chargée d'obtenir le financement à l'aide d'une demande de propositions. L'Initiative nationale pour les sans-abri est principalement une initiative communautaire, dirigée par la collectivité. Les décisions sont prises par la collectivité et, dans certains cas, exécutées par les collectivités et les municipalités et une vaste gamme de partenaires, depuis des entités autochtones jusqu'à des entités municipales. Le programme comporte un volet autochtone. Nous travaillons en collaboration avec une vaste gamme de partenaires d'un bout à l'autre du Canada.

L'objet de l'Initiative nationale pour les sans-abri est d'assurer un vaste continuum d'appuis pour encourager l'autonomie et empêcher les personnes à risque de devenir sans-abri. Il existe une vaste gamme de mécanismes de soutien pour entre autres évaluer les besoins; offrir une action sociale; un hébergement d'urgence — comme des refuges; des installations de transition et des logements avec services de soutien utilisés lorsque les personnes passent de refuges à des établissements de transition et de soutien destinés à faciliter leur transition vers un style de vie indépendant qui leur

communities to try to address homelessness with a wide range of groups. This is a complex and difficult problem and community groups need all the support they can get.

[Translation]

Mental health issues are dealt with on two levels within the NHI. Firstly, investments are made in communities to meet the action plan's established priorities for research partners. According to its approach, each community decides for itself which area it wishes to invest in and establishes priorities according to its goals.

Results from these projects have revealed that people suffering from mental health problems are one of the targeted groups.

[English]

The community decides where to place its investments and what priorities it will address.

Our community reports indicate that we have invested approximately \$35 million into projects that have indicated that one of their subpopulation groups is suffering from mental illness. Primarily, all projects sort of fill in a template indicating the group a particular project will serve, and one of those groups is people suffering from mental illness. The project could involve training, it could specifically involve FAS/FAE, or it could involve support facilities.

We have two examples of the kind of work we are doing. In Calgary there is an organization called the Horizon Housing Society. That organization acquired an apartment building to be used as transitional housing for persons with mental illness, who are homeless or at risk of being homeless. Another example is the Centre of Addiction and Mental Health in Toronto which is conducting a pilot project to partner with agencies that work with homeless people to enhance their client access to mental health and addiction services offered through the centre.

One of our key products is their investment. The second way the NHI directs its activities to this subpopulation in addressing mental health is through our research agenda.

Health has been identified as one of the categories under our National Research Program. Mental illness is the number one concern in this area. In fact, tomorrow we will be putting out a request for a proposal, and we will be asking the following mental health questions: What is the incidence or prevalence of homelessness among the de-institutionalized? What is the impact of de-institutionalization on the homeless and on

offre des moyens d'existence durables; et bien entendu le renforcement des capacités au niveau communautaire. Nous devons travailler en collaboration avec les collectivités pour tâcher de régler le problème des sans-abri en faisant appel à un vaste éventail de groupes. Il s'agit d'un problème complexe et difficile et les groupes communautaires ont besoin de tout l'appui qu'ils peuvent obtenir.

[Français]

Les questions de santé mentale sont abordées à deux niveaux dans le cadre de l'INSA. Elles sont abordées au niveau de nos investissements dans les collectivités pour atteindre les priorités fixées et au niveau du plan d'action pour les partenaires de recherche. Selon l'approche adoptée, chaque collectivité décide du champs dans lequel elle désire investir et se fixe des priorités en fonction des objectifs.

Les données résultant de ces projets ont révélé que l'un des groupes visés est celui des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

[Traduction]

C'est la collectivité qui décide où elle investira et quelles seront les priorités dont elle s'occupera.

Selon nos rapports communautaires, nous avons investi environ 35 millions de dollars dans des projets visant des sous-populations où il y a des maladies mentales. Tous ces projets servent essentiellement à établir un modèle permettant d'indiquer le groupe qui sera ciblé par un projet en particulier, et l'un de ces groupes se compose de personnes ayant une maladie mentale. Le projet pourrait comporter de la formation, il pourrait porter plus précisément sur le syndrome d'alcoolisme foetal et les effets de l'alcool sur le fœtus, ou il pourrait offrir des installations de soutien.

Nous avons deux exemples du type de travail que nous faisons. Il existe à Calgary une organisation appelée la Horizon Housing Society. Cette organisation a fait l'acquisition d'un immeuble à appartements qui servira de logement provisoire pour les personnes atteintes de maladie mentale, qui sont sans abri ou qui risquent de le devenir. Un autre exemple est le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto qui a mis sur pied un projet pilote de partenariat avec des organismes qui travaillent avec les sans-abri pour améliorer l'accès de leurs clients aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie offerts par le centre.

L'un de nos produits clé est leur investissement. Notre programme de recherche est la deuxième façon dont l'Initiative nationale pour les sans-abri oriente ses activités à l'intention de cette sous-population en matière de santé mentale.

La santé fait partie des catégories établies dans le cadre de notre programme national de recherche. La maladie mentale est notre première préoccupation dans ce domaine. En fait, demain nous publierons une demande de propositions, et nous poserons les questions suivantes concernant la santé mentale: Quelle est la proportion des sans-abri parmi les personnes désinstitutionnalisées? Quelles sont les répercussions de la

society? How available and accessible are mental health care services and supports for homeless people with mental health problems? What are the existing gaps and shortcomings in the current models? What are the best practices? Is there a tendency toward criminalization and victimization among homeless people with mental health problems?

In the area of homelessness and mental health, we plan to look in the area of availability and accessibility of the medical services to the population.

As part of our research agenda we are currently working in partnership with the Canadian Institutes of Health Research on the Reducing Health Disparities and Promoting Equity for Vulnerable Populations Initiative. One of the projects funded in 2003 under this partnership was the community research think-tank that brought together researchers and community representatives active in the field to identify research directions and approaches in health and homelessness and to explore potential avenues for ongoing collaboration. You will note throughout our presentation that the community is always involved.

This discussion paper written for the think-tank can be found on our Web site.

Providing an overview of existing research, one of the points the paper brings out is that, contrary to popular misconceptions, only a small portion of the homeless population suffers from schizophrenia, and that affective disorders are more common.

From our research along with information coming from the community plans, we have been able to pull together information concerning the situation faced by the homeless population with mental health issues. Some facts we have discovered from these sources include, and this again comes from the community: Approximately 30 to 35 per cent of homeless people in general have a mental illness, and that approximately 20 to 25 per cent of homeless people suffer from concurrent disorders, meaning a combination of severe mental illness and addictions.

Anecdotal evidence also suggests that a large portion of the chronically homeless, the long-term homeless who consume a disproportionate amount of resources such as emergency medical and law enforcement service, has a disabling condition such as mental illness. In fact, between 20 to 25 per cent of the chronically homeless population would probably use up almost 50 per cent of the emergency costs and health cost.

Many health care services to homeless end up being delivered in emergency departments. Subgroups such as youth, women, Aboriginal persons and those suffering from mental illness may also suffer from unique health conditions that require a specialized approach.

désinstitutionnalisation sur les sans-abri et sur la société? Dans quelle mesure les services de soins et les mécanismes de soutien en santé mentale sont-ils accessibles aux sans-abri ayant des problèmes de santé mentale? Quelles sont les lacunes et les carences des modèles actuels? Quelles sont les pratiques exemplaires? A-t-on tendance à criminaliser et à victimiser les sans-abri ayant des problèmes de santé mentale?

En ce qui concerne les sans-abri et la santé mentale, nous prévoyons nous pencher sur la disponibilité et l'accessibilité des services médicaux à la population.

Dans le cadre de notre programme de recherche, nous sommes en train de travailler en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada à l'Initiative destinée à réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'équité pour les populations vulnérables. L'un des projets financés en 2003 dans le cadre de ce partenariat est un groupe communautaire de recherche qui a réuni des chercheurs et des représentants de la communauté qui travaillent dans le domaine pour déterminer les orientations et les démarches en matière de recherche en ce qui concerne la santé et les sans-abri et d'étudier des mécanismes possibles permettant d'assurer une collaboration permanente. Vous constaterez tout au long de notre présentation que la collectivité est toujours présente.

Ce document de travail écrit pour le groupe de réflexion se trouve sur notre site Web.

Le document donne un aperçu de la recherche existante et fait entre autres remarquer que contrairement à une idée fausse largement répandue, seule une faible proportion des sans-abri souffrent de schizophrénie, et que les troubles affectifs sont plus courants.

Les résultats de notre recherche, de même que les renseignements provenant des plans communautaires nous ont permis de rassembler des renseignements concernant la situation à laquelle font face les sans-abri ayant des problèmes de santé mentale. Ces sources, toujours communautaires, nous ont permis de constater certains faits: environ 30 à 35 p. 100 des sans-abri en général ont une maladie mentale, et environ 20 à 25 p. 100 des sans-abri souffrent de troubles concomitants, c'est-à-dire un mélange de maladie mentale grave et de toxicomanie.

Des données empiriques semblent également indiquer qu'une importante proportion de sans-abri chroniques, c'est-à-dire les sans-abri à long terme qui font une consommation disproportionnée des ressources comme les services médicaux d'urgence et les services de maintien de l'ordre, ont une affection incapacitante, telle qu'une maladie mentale. En fait, entre 20 et 25 p. 100 des sans-abri chroniques représenteraient probablement jusqu'à 50 p. 100 des coûts des services d'urgence et de soins de santé.

Un grand nombre des services de santé à l'intention des sans-abri se trouvent à être assurés dans les salles d'urgence. Les sous-populations comme les jeunes, les femmes, les Autochtones et les personnes atteintes de maladies mentales peuvent également avoir des troubles de santé uniques qui exigent une approche spécialisée.

Homeless people face many barriers that impair their access to health care. For example, many are unable to make health appointments, and their ability to receive coordinated care is impaired by their lack of an address or a place of contact.

The prevalence of substance abuse is lower among homeless single women than homeless single men, but the rate of major depression is higher. Although most homeless women do not have major mental illness, homeless women exhibit disproportionately high rates of major mental disorders and other mental problems. Many homeless women with serious mental illnesses do not receive needed care, apparently due in part to the lack of perception of a mental health problem and the lack of services designed to meet the special needs of homeless women.

A causal link between homelessness and mental health is difficult to establish. We know that mental health problems can lead to homelessness, but they can also result from homelessness, given the traumatic impact of being destitute and living on the street.

Excessive drug use by homeless addicts often goes hand-in-hand with physical health problems and trouble with the law.

[Translation]

The community plan allowed us to uncover some shortcomings with respect to services provided to this group. Specifically, we noted a lack of emergency housing to meet the needs of people grappling with mental health problems. We also noted a shortage of supervised housing where people suffering from mental health or chronic physical problems can stay temporarily. We also noted shortages with respect to mental health-related community care

[English]

In responding to the question of what we can do for homeless people who have a mental illness, we know that having a safe place to live is an important part of moving people off the streets. The Canadian Mental Health Association in its submission to this committee last June recognized the fundamental importance of accessible affordable housing as a key factor in the health and success of homecare for this population. However, we also realize that this may not be enough for those who have severe mental illnesses and addiction issues.

Experience shows that chronic homelessness can be reduced by opening the backdoor out of the cycle of chronic homelessness, in other words transitioning out of homelessness. A key factor in opening this door is the existence of safe, affordable housing with individualized support services. The challenge facing

Les sans-abri font face à de nombreux obstacles qui les empêchent d'avoir accès à des soins de santé. Par exemple, un grand nombre d'entre eux n'arrivent pas à obtenir un rendez-vous avec le médecin, et il leur est difficile de recevoir des soins coordonnés parce qu'ils n'ont pas d'adresse ni d'endroit où on peut communiquer avec eux.

La toxicomanie est moins fréquente chez les femmes célibataires sans abri que chez les hommes célibataires sans abri, mais le taux de dépression grave est plus élevé. Bien que la plupart des femmes sans abri n'aient pas de maladie mentale grave, elles affichent des taux disproportionnellement élevés d'importants troubles mentaux et d'autres problèmes mentaux. De nombreuses femmes sans abri ayant de graves maladies mentales ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, apparemment parce qu'on ne détecte pas l'existence d'un problème de santé mentale et parce qu'il n'existe pas de services destinés à répondre aux besoins particuliers des femmes sans abri.

Il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre le sans-abrisme et la santé mentale. Nous savons que les problèmes de santé mentale peuvent entraîner le sans-abrisme, mais le fait d'être sans abri peut aussi entraîner des problèmes de santé mentale, compte tenu du traumatisme que représente le fait de vivre sans le sou et dans la misère.

La consommation excessive de drogues de la part de toxicomanes sans abri va souvent de pair avec des problèmes de santé physique et des démêlés avec la justice.

[Français]

Le plan communautaire nous a permis de relever certaines lacunes au niveau des services fournis à ce groupe. On remarque particulièrement un manque de logements d'urgence répondant aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. On remarque également une pénurie de logements supervisés où peuvent séjourner, pour une période déterminée, les personnes souffrant d'une maladie mentale ou physique chronique. On a aussi observé certaines lacunes au niveau des ressources en soins communautaires pour la santé mentale.

[Traduction]

Quant à savoir ce que nous pouvons faire pour les sans-abri qui ont une maladie mentale, nous savons que le fait d'avoir un endroit sûr où vivre est un facteur important pour les encourager à ne plus vivre dans la rue. L'Association canadienne de la santé mentale, dans le mémoire qu'elle a présenté au comité en juin dernier, a reconnu l'importance fondamentale du logement abordable et accessible comme élément clé dans la santé et l'efficacité de soins à domicile pour cette population. Cependant, nous sommes également conscients que cela n'est peut-être pas suffisant pour les personnes ayant des maladies mentales graves et de sérieux problèmes d'accoutumance.

L'expérience indique que l'on peut réduire le nombre des sans-abri chroniques en leur permettant de sortir de ce cycle et de faire la transition vers un autre mode de vie. Un facteur clé est l'existence de logements sûrs et abordables qui offrent des services de soutien individualisés. Cependant, la difficulté à laquelle font

communities, though, is the need for more long-term supportive facilities and services to help the chronically homeless of which the mentally ill are a great number.

As one player among many, the National Homelessness Initiative has already assisted communities to meet a number of these challenges. During the first three years of the initiative, emergency needs, shelters and supports were prioritised. Phase two of this initiative is designed to enable the community move beyond emergency needs, prioritizing transitional, supportive housing and supports in order to foster pathways to self-sufficiency. People with mental health problems do need to have supportive housing. Shelters are not a healthy place to be. One of our strategies is, if you are in a shelter, you are still homeless and need to be moved into supportive facilities and get the proper help.

A second approach known to help reduce chronic homelessness is to close the front door and thereby prevent people from becoming homeless. An example of preventive activities could include dedicated affordable house resources to house individuals discharged from psychiatric care institutions, and the provision of short-term intensive support services immediately after discharge from hospitals, shelters or jails.

In order to move the focus toward prevention, we will need to work with our partners, including other federal departments, provinces and territories, as well as municipalities and communities as many of the tools rest with them.

Although the federal government, now through the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer, provides provinces and territories with funding in support of mental health services and income support, the levels of funding for mental health services, per diems for transitional and supportive housing providers, and income assistance for individuals are all within the provincial, territorial and municipal jurisdictions. I think that is an important point.

In closing, whether we are talking about mental health or homelessness, no one level of government can solve the problem of homelessness, nor for that matter can a federal initiative such as the NHI address homelessness. We need a holistic approach from the federal government and from all levels of government.

To combat homelessness, governments and society in general need to address the root causes. This is how we close the front door. All levels of government need to review and adjust their policies and programs to ensure they work to prevent and not contribute to homelessness.

face les collectivités, c'est de disposer d'installations et de services de soutien à plus long terme pour aider les sans-abri chroniques dont un grand nombre sont atteints de maladies mentales.

L'Initiative nationale pour les sans-abri, qui est une initiative parmi tant d'autres, a déjà aidé les collectivités à surmonter un certain nombre de ces difficultés. Au cours des trois premières années de mise en oeuvre de l'initiative, on a établi l'ordre des priorités des besoins urgents, des refuges et des mécanismes de soutien pour les situations d'urgence. L'étape deux de cette initiative vise à permettre à la collectivité d'aller au-delà des besoins urgents, d'établir la priorité du logement de transition et de soutien afin de favoriser la transition vers l'autonomie. Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ont effectivement besoin de logements avec services de soutien. Les refuges ne sont pas des endroits sains. Nous considérons qu'une personne qui se trouve dans un refuge est toujours sans abri et doit être transférée dans des installations qui offrent des services de soutien afin que ces personnes puissent obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Une deuxième méthode connue pour permettre de réduire le nombre de sans-abri chroniques consiste à prendre des mesures pour éviter que des personnes deviennent sans abri. À titre d'exemple, des mesures préventives pourraient comprendre des logements abordables destinés aux personnes qui sortent d'établissements psychiatriques, et des services de suivi intensif à court terme offerts immédiatement après que les gens sortent de l'hôpital, d'un refuge ou de prison.

Pour mieux mettre l'accent sur la prévention, nous devons travailler en collaboration avec nos partenaires, y compris d'autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, ainsi que les municipalités et les collectivités, puisque ce sont là où se trouvent un grand nombre des outils nécessaires.

Même si le gouvernement fédéral, notamment par le biais du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux, fournit aux provinces et aux territoires un financement pour appuyer les services de santé mentale et le soutien du revenu, les niveaux de financement pour les services de santé mentale, les tarifs des fournisseurs de logements de transition et de soutien et l'aide au revenu pour les particuliers relèvent tous de la compétence des provinces, des territoires et des municipalités. J'estime que c'est un point important à souligner.

Pour terminer, quand nous parlons de santé mentale ou des sans-abri, aucun palier de gouvernement ne peut régler à lui seul le problème des sans-abri, pas plus qu'une initiative fédérale comme l'Initiative nationale pour les sans-abri. Il nous faut une approche globale de la part du gouvernement fédéral et des pouvoirs publics à tous les échelons.

Pour combattre l'itinérance, il faut que les gouvernements et la société en général s'attaquent à ses causes profondes. C'est ainsi que nous préviendrons le problème. Les pouvoirs publics à tous les échelons doivent revoir leurs politiques et leurs programmes et les modifier en conséquence pour s'assurer qu'ils préviennent l'itinérance et non qu'ils y contribuent.

We need cooperation, coherence and commitment to fully understand the consequences of the policies being developed and implemented.

I have been around for a while and I have worked in many federal programs.

Certainly the most rewarding one is working with homelessness — not the investments that we make but to be able to visit the transitional and supportive facilities and the front-line workers to see what they are doing, how hard they work and how much they give back to the community.

If members of this committee are interested, we offer a tour of transitional and support facilities, of shelters, to talk with front-line workers to get the story from the people who know. One of the most rewarding things for me is dealing with these people. I am certainly in awe of what they are doing. If any one of the senators is interested, we have a tour in Ottawa, Toronto or Montreal.

Senator Fairbairn: Calgary?

Mr. Cameron: Calgary, too.

Senator Morin: I did not think you had that in Alberta.

Mr. Cameron: And in Edmonton, Medicine Hat and Red Deer. We have 61 communities.

The Deputy Chairman: You can be sure that we will take you up on the offer if we ever get all these breaks out of the way and some consistent time for this committee to continue to deal with this issue. We are planning to go on the road.

Ms. Girard, are you just answering questions or do you have anything to say?

Ms. Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness, Human Resources and Skills Development Canada: No, that is fine.

The Deputy Chairman: After these witnesses have been heard and questioned, we will have witnesses on Bill S-17, an act to amend the Citizenship Act. When you are asking your questions, if you could be as brief as possible so as to give our witnesses a chance to properly answer, it would be appreciated.

Senator Morin: It is unfortunate, really, that we do not have more time on this. These are two extremely important subjects for our country and for the patients themselves. I was hoping that we could make recommendations on these two subjects in our report. It is very unfortunate that we have so little time.

I would like to pose my first questions to Mr. Motiuk and Ms. Bouchard.

I am interested in the fact that there has been a tremendous increase in the number of federal admissions of those diagnosed with mental illness. The figure I have is 40 per cent, while the

Nous avons besoin de coopération, de cohérence et d'engagement pour comprendre pleinement les conséquences des politiques qui sont élaborées et mises en oeuvre.

J'ai une assez longue expérience et j'ai travaillé pour de nombreux programmes fédéraux.

L'expérience la plus enrichissante est certainement le travail auprès des sans-abri — non pas les investissements que nous faisons mais le fait de pouvoir visiter les installations de transition et de soutien et de rencontrer les travailleurs de première ligne pour observer leur travail, constater à quel point ils travaillent fort et à quel point ils contribuent à la collectivité.

Si cela intéresse les membres du comité, nous offrons une visite des installations de transition et de soutien, des refuges, au cours de laquelle vous aurez l'occasion de parler à des travailleurs de première ligne et d'en apprendre plus sur la situation auprès des personnes qui travaillent sur le terrain. Traiter avec ces personnes est l'un des aspects le plus enrichissant de mon travail. J'ai le plus grand respect pour ce qu'elles font. Si cela intéresse l'un d'entre vous, nous pouvons organiser une visite à Ottawa, à Toronto ou à Montréal.

Le sénateur Fairbairn: À Calgary?

M. Cameron: À Calgary aussi.

Le sénateur Morin: Je ne croyais pas que cela existait en Alberta.

M. Cameron: Et aussi à Edmonton, Medicine Hat et Red Deer. Nous avons 61 collectivités.

La vice-présidente: Je peux vous assurer que nous accepterons votre offre si enfin, après tous les congés prévus, le comité parvient à se pencher sur cette question. Des déplacements dans les régions sont prévus.

Madame Girard, allez-vous simplement répondre aux questions ou voulez-vous prendre la parole?

Mme Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri, Ressources humaines et Développement des compétences Canada: Non, ça va.

La vice-présidente: Une fois que nous aurons entendu et interrogé tous ces témoins, nous entendrons des témoins à propos du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. Je vous demanderais, lorsque vous posez vos questions, d'être aussi brefs que possible pour donner à nos témoins la possibilité de répondre adéquatement.

Le sénateur Morin: Il est vraiment malheureux que nous n'ayons pas plus de temps à consacrer à cette question. Ce sont deux sujets extrêmement importants pour notre pays et pour les patients mêmes. J'espère que nous pourrions formuler des recommandations sur ces deux questions dans notre rapport. Il est très malheureux que nous ayons si peu de temps.

J'aimerais poser mes premières questions à M. Motiuk et à Mme Bouchard.

Je constate avec intérêt d'importantes augmentations du nombre de détenus d'établissements fédéraux chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale. Le chiffre que j'ai est de

number of inmates has gone down. There is a real phenomenon. Is it a result of the fact that we are making more diagnoses? A number of diagnoses of disorders are quoted here. Do we know which of these disorders has increased by such a percentage? That is an important issue here.

Mr. Motiuk: In response to the question that you are asking about the data, we cannot disentangle the nature of the disorder. We are aware from a case-management perspective that they are presenting a diagnosis —

Senator Morin: Let me interrupt you here. This is so important. Is it drug abuse? Is it alcohol? That is the first thing. If you want to prevent these problems and treat these individuals, the first thing is to know what it is. I have the impression that maybe we diagnose more often. Something, perhaps drug use, has increased for sure. That is the first thing to know if we want to treat them. I am surprised you do not have this at your fingertips.

Mr. Motiuk: We have knowledge of addiction and we systematically assess for addictions.

Senator Morin: Is the 40 per cent increase due to an increase in addiction?

Mr. Motiuk: Partially.

Senator Morin: When we talk about drugs, are we talking about marijuana? I notice that there is a high incidence of marijuana use among inmates. I do not want to get into this debate. We are not talking about schizophrenia when we talk about a marijuana addiction.

I thumbed through the "Health Care Needs of Federal Inmates" and I did not find this breakdown, but I think this is very important. I am sure that you will think about that.

I would like to talk about treatment. I was interested to see that our federal correctional facilities do not have the same level of resources, if I understand correctly, as the provincial facilities. There are five treatment centres. However, they are not resourced at levels comparable to the facilities in the provinces. If that is a fact, I am surprised. There is also the jurisdictional issue around the community services for our inmates who leave federal correctional institutions. I have read about that. That is a big issue, although I do not want to get into that because we do not have time.

I would like to talk about suicide. Suicide rates are extremely high in our institutions, much higher than in other countries. Those are real, hard data. If we cannot prevent suicide that means we are not treating our patients well. It is not soft information; that is an easy thing to measure. Compared to other countries, our rates are high. There is an extremely wide variation from province to province. These are real issues. You think about the

40 p. 100, bien que le nombre de détenus ait diminué. C'est un véritable phénomène. Est-ce attribuable à l'augmentation du nombre de diagnostics qui sont faits? On cite ici un certain nombre de troubles diagnostiqués. Connaissons-nous les types de troubles pour lesquels on constate une augmentation? C'est une question importante.

M. Motiuk: Pour répondre à la question que vous posez à propos des données, nous ne pouvons pas isoler la nature du trouble. Nous savons que dans le cadre de la gestion de cas, ils présentent un diagnostic...

Le sénateur Morin: Permettez-moi de vous interrompre. Cela est vraiment important. Est-ce la toxicomanie? Est-ce l'alcoolisme? C'est la première chose. Si vous voulez prévenir ces problèmes et traiter ces personnes, il faut d'abord savoir de quoi il s'agit. J'ai l'impression que nous faisons peut-être des diagnostics plus fréquents. Il ne fait aucun doute qu'il y a eu une augmentation quelque part, peut-être de la consommation de drogues. C'est la première chose que nous devons savoir si nous voulons les traiter. Je suis étonné que vous n'ayez pas ces chiffres sous la main.

M. Motiuk: Nous sommes au courant de la toxicomanie et nous procédons à des évaluations systématiques des toxicomanies.

Le sénateur Morin: Cette augmentation de 40 p. 100 est-elle attribuable à une augmentation du nombre de toxicomanes?

M. Motiuk: En partie.

Le sénateur Morin: Lorsque nous parlons de drogues, parlons-nous de marijuana? Je constate que la consommation de marijuana est très répandue parmi les détenus. Je n'ai pas l'intention de me lancer dans ce débat. Lorsque nous parlons d'une accoutumance à la marijuana, nous ne parlons pas de schizophrénie.

J'ai parcouru rapidement le rapport intitulé «Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale» et je n'ai pas constaté cette ventilation, mais j'estime qu'elle est très importante. Je suis sûr que vous y réfléchirez.

J'aimerais parler du traitement. J'ai constaté avec intérêt que nos établissements correctionnels fédéraux ne disposent pas du même niveau de ressources, si je comprends bien, que les établissements provinciaux. Il existe cinq centres de traitement. Cependant, leurs niveaux de ressources ne sont pas comparables à ceux dont disposent les établissements provinciaux. Si tel est le cas, cela m'étonne. Il y a aussi la question de compétence entourant les services communautaires à l'intention de nos détenus qui sortent des établissements correctionnels fédéraux. J'ai lu quelque chose à ce sujet. C'est un grave problème, mais je n'ai pas l'intention de l'aborder parce que nous n'en avons pas le temps.

J'aimerais parler du suicide. Les taux de suicide sont extrêmement élevés dans nos établissements, beaucoup plus que dans d'autres pays. Ce sont des données réelles et concrètes. Si nous ne pouvons pas empêcher le suicide, cela signifie que nous ne traitons pas bien nos patients. Nous n'avons pas affaire ici à des situations floues. Les cas sont clairs et mesurables. Comparativement à d'autres pays, les taux de

person suffering, and it is preventable. These patients are in institutions, for one thing. They should be able to prevent that. It does lead to the notion that the treatment of these individuals is not adequate.

As you know, Australia and other countries — I think the U.S., too — have tackled the matter of suicide in institutions, with remarkable results. We are way behind those countries on an issue where there is great variation around the country. I would like to see you address this. Let us deal with this and then I have a question on homelessness.

Ms. Bouchard: You raised many points, and I want to talk about a few of the things you mentioned. First, we have been tracking our suicides. We also investigate every suicide to identify the risk factors for those special individuals and try to implement some systematic approach. You are right; we have a higher rate than some other countries. I am not sure how comparable those are because suicide by overdose might be classified as overdose and not suicide. We have to be very careful when comparing ourselves to other countries. Also, we must be cognizant of the fact that compared with the general community we have a population that is already high risk when they come to us, with problems and disorders that carry a high risk of suicide. We make comparisons with the general community, but true comparisons should be made with comparable populations in the community with the same types of problems. If we were able to do that kind of study, we would probably learn more.

We recognize that issue and we are struggling with it. We have to be much more comprehensive in assessing our people in high-risk categories and putting measures in place.

You asked whether there is a higher prevalence when they arrive. We have better diagnostics now, so the rates today probably reflect that better diagnostic assessment. However, it is hard to document trends because we do not have the capacity right now to track those, other than through the studies that are often conducted by my colleague, Mr. Motiuk. We have to struggle with the fact that our data are limited. However, we have documented a higher prevalence of problems than in the general population.

We are currently conducting a review of the treatment facilities, staffing and resourcing. I will be able to provide to the committee a comparison with a forensic facility. I was comparing forensic psychiatric facilities in the community. Some

suicide au Canada sont élevés. Ils varient énormément d'une province à l'autre. C'est un véritable fléau. Si on songe à la personne qui souffre, ce genre de situation peut être évité. En premier lieu, ces patients se trouvent dans des établissements. Ces établissements devraient être en mesure de prévenir ce genre de choses. Cela nous amène à penser que le traitement que reçoivent ces personnes laisse à désirer.

Comme vous le savez, l'Australie et d'autres pays — je songe aussi aux États-Unis — se sont attaqués au problème du suicide dans les établissements, avec des résultats remarquables. Nous sommes nettement à la traîne de ces pays en ce qui concerne un problème qui varie énormément d'une région à l'autre. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Ensuite je poserai une question sur l'itinérance.

Mme Bouchard: Vous avez soulevé de nombreux points, et j'aimerais parler d'un certain nombre de choses que vous avez mentionnées. Tout d'abord, nous avons suivi la situation en ce qui concerne les suicides dans nos établissements. Nous avons aussi fait enquête sur chaque suicide pour déterminer les facteurs de risque concernant ces personnes en particulier et tâché de mettre en oeuvre une approche systémique. Vous avez raison; le taux de suicide au Canada est plus élevé comparativement à certains autres pays. Je ne suis pas sûre à quel point ils sont comparables parce que les suicides par overdose peuvent être catégorisés comme des overdoses et non comme des suicides. Nous devons être très prudents lorsque nous nous comparons à d'autres pays. Aussi, nous devons tenir compte du fait que comparativement à la population générale, notre population est une population qui est déjà fortement à risque lorsqu'elle arrive chez nous, elle connaît des problèmes et des troubles qui supposent un risque élevé de suicide. Nous faisons des comparaisons avec la population générale, mais les véritables comparaisons devraient se faire avec des populations comparables dans les communautés qui connaissent le même type de problème. Si nous étions en mesure de faire ce genre d'études, nous pourrions probablement en apprendre plus.

Nous reconnaissons l'existence du problème, avec lequel nous nous débattons. Nous devons faire une évaluation plus poussée des personnes à risque élevé et établir des mesures plus exhaustives.

Vous avez demandé si cette prévalence est plus élevée lorsqu'ils arrivent. Aujourd'hui, nous avons de meilleurs diagnostics, par conséquent les taux observés aujourd'hui reflètent probablement l'amélioration des diagnostics. Cependant, il est difficile de recueillir des données sur les tendances parce que nous n'avons pas la capacité voulue à l'heure actuelle pour le faire, autrement que dans le cadre d'études souvent faites par mon collègue, M. Motiuk. Le fait que nos données sont limitées nous pose donc des difficultés. Cependant, nous avons établi que l'incidence des problèmes est plus élevée que dans la population générale.

Nous sommes en train de faire un examen des établissements de traitement, des effectifs et des ressources. Je serai en mesure de fournir au comité une comparaison avec un établissement de psychiatrie légale. J'ai comparé les établissements de psychiatrie

provinces have established a few in recent years. They provide us with a benchmark for comparable resourcing. I can provide those figures to the committee to help establish that.

We should look at our own resourcing and state where the staffing differences are. We have to compete for resources. We have a problem with recruitment and retention, especially in the psychiatrist area, and attracting people to come and work within our correctional facilities.

We have been trying to attract people. We need to attract a critical mass and retain them. That is also an issue with which we are struggling. We have to compete with other health care facilities.

We are facing this lack of resources even in the community. We need to cooperate better with our partners in provincial corrections and try to find a way to best use the available resources in that area of specialization specifically, which are already limited in our country.

I take your point. I agree.

Senator Morin: This is an extremely important issue, and I hope we will have more time to discuss it.

I have a question for Mr. Cameron. Why is it that the number of homeless persons has increased recently in all large cities in Canada? What are the reasons for that?

Mr. Cameron: There are several reasons. Affordable housing is becoming more and more of an issue.

I will give you an example. In Calgary, 50 per cent of those in shelters are working.

Second, the economy has an impact. Certainly, if one person loses a job in the service industry and two people are financing an apartment, they become at risk.

From our perspective, there are many more problems with youth. The coherency of what we are trying to do is an issue. You are looking at one small program addressing homelessness.

It is a three-year program of \$510 million. It is trying to address health, behavioural problems, abuse and a wide range of issues in our society today that put people on the street. In a nutshell, affordable housing is a real issue.

Second, income is a real issue in being able to afford that housing. More and more people, for whatever reason, find themselves on the street, especially youth and Aboriginals from reserves. We are looking at income, abuse, mental health problems and affordability.

Senator Morin: You do not think that mental illness plays a role here?

Mr. Cameron: For sure.

légale dans la collectivité. Certaines provinces en ont établi quelques-uns récemment. Ils nous servent de repère et nous permettent de comparer nos ressources. Je pourrais fournir ces chiffres au comité.

Nous devons examiner nos propres ressources et indiquer où se situent les différences au niveau des effectifs. Nous devons nous disputer les ressources. Nous avons un problème de recrutement et de maintien de l'effectif, surtout dans les domaines psychiatriques, et il est difficile d'attirer des gens pour qu'ils viennent travailler dans nos établissements correctionnels.

Nous avons essayé d'attirer des gens. Nous essayons d'attirer une masse critique et de la conserver. C'est aussi un problème avec lequel nous nous débattons. Nous nous trouvons en compétition avec d'autres établissements de soins de santé.

Nous faisons face à cette pénurie de ressources même au sein de la collectivité. Nous devons mieux coopérer avec nos partenaires des services correctionnels provinciaux et tâcher de trouver un moyen d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles dans ce domaine de spécialisation en particulier, qui sont déjà limitées dans notre pays.

Je comprends ce que vous dites. Je suis d'accord avec vous.

Le sénateur Morin: C'est une question extrêmement importante, et j'espère que nous aurons plus de temps pour en discuter.

J'ai une question pour M. Cameron. Pourquoi le nombre de sans-abri a-t-il augmenté récemment dans toutes les grandes villes du Canada? Quelles en sont les raisons?

M. Cameron: Il y a plusieurs raisons. Trouver un logement abordable devient de plus en plus difficile.

Je vous en donnerai un exemple. À Calgary, 50 p. 100 des personnes qui vivent dans des refuges travaillent.

Deuxièmement, la situation économique a des répercussions. Si une personne perd un emploi dans l'industrie des services et que deux personnes financent un appartement, cela devient un risque.

Nous considérons qu'il y a beaucoup plus de problèmes chez les jeunes. L'harmonisation des mesures que nous voulons prendre est un problème. La lutte contre l'itinérance est un petit aspect du programme.

Il s'agit d'un programme de trois ans ayant un financement de 510 millions de dollars. Il vise les problèmes de santé, les problèmes de comportement, les mauvais traitements et toute une gamme de problèmes que connaît notre société aujourd'hui et à cause desquels les gens se retrouvent à la rue. En résumé, le logement abordable est un réel problème.

Deuxièmement, le revenu est un réel problème lorsqu'il ne permet pas aux gens de se loger. De plus en plus de gens, peu importe la raison, se retrouvent à la rue, surtout les jeunes et les Autochtones des réserves. Il y a donc le problème du revenu, des mauvais traitements, de la maladie mentale et de l'abordabilité.

Le sénateur Morin: Ne croyez-vous pas que la maladie mentale joue un rôle ici?

M. Cameron: Bien sûr.

Senator Morin: There are no longer institutions. Is that a factor?

Ms. Girard: It is more prevalent in certain areas of the country than others. If we look at the plans of the 61 communities, they have identified their priorities. For example, the municipalities in Quebec — Montreal and Quebec City — identify mental illness as very high on their list of priorities. It means that the institutionalized phenomenon that they went through in the 1980s and early 1990s must have had repercussions for the subpopulations that are overly represented in shelters.

Anecdotal evidence also shows that there are more families with children in shelters and also more recent immigrants. Those are the recent trends in that regard.

Also, we talk about the accounting issue. We also need to realize that perhaps we know more about people who are homeless today because communities are better equipped than they were in the past to address it. More people are using those services. There is also a factor here of being able to provide some services that were not available in the community four years ago.

It is difficult to come up with an absolute number or to note specifically what factors play into the equation.

Senator Callbeck: I wish to thank all of you for your presentations today. I know that we have a time restraint here.

The Deputy Chairman: Which is too bad.

Senator Callbeck: I have a lot of questions, but I will be specific and zero in on one area.

We received a document today prepared by Corrections Canada. On the last page it states that "Inmates have substantially higher prevalence of mental disorders compared with general public rates and most disorders are higher in female than in male inmates."

In the last paragraph of that page, you note that you will develop a "comprehensive strategy for addressing the assessment and management of mental disorders in male inmates." What about the females?

Ms. Bouchard: I must apologize. You just pointed out an error on our part. The plan includes female inmates as well. It will be for all inmates.

Senator Morin: They forgot about them!

Ms. Bouchard: I apologize.

Senator Callbeck: That jumped right off the page at me, because I hear a lot about females not getting the same services as males.

Ms. Bouchard: However, we can provide you with some information. In the past year, there has been a lot of investment by the women's sector within CSC to specifically address the needs of women. Significant progress has been made. When we devise a strategy for mental health, we should not focus on one gender. Thank you for pointing that out. I do not think that was the intention.

Le sénateur Morin: Il n'y a plus d'établissements. Est-ce un facteur?

Mme Girard: Cela est plus répandu dans certaines régions du pays qu'ailleurs. Si vous examinez les plans des 61 collectivités, elles ont déterminé leurs priorités. Par exemple, les municipalités au Québec — Montréal et la ville de Québec — ont mis la santé mentale en tête de leur liste de priorités. Cela signifie que le phénomène de désinstitutionnalisation que l'on a connu dans les années 80 et au début des années 90 a dû avoir des répercussions sur les sous-populations qui sont surreprésentées dans les refuges.

Les données empiriques indiquent également qu'il y a un grand nombre de familles avec enfants dans les refuges de même que des immigrants récents. Ce sont les tendances récentes à cet égard.

Nous devons aussi tenir compte du fait que nous sommes davantage au courant des personnes qui sont sans abri aujourd'hui parce que les collectivités sont mieux équipées que par le passé pour s'occuper de ce problème. Un plus grand nombre de personnes ont recours à ces services. Il faut aussi le fait que l'on est en mesure aujourd'hui de fournir certains services qui n'existaient pas dans leur collectivité il y a quatre ans.

Il est difficile d'établir un chiffre absolu ou d'indiquer de façon précise les facteurs qui interviennent.

Le sénateur Callbeck: Je tiens à remercier chacun d'entre vous pour les présentations que vous avez faites aujourd'hui. Je sais que nous avons des contraintes de temps.

La vice-présidente: Ce qui est dommage.

Le sénateur Callbeck: J'ai beaucoup de questions mais je vais me concentrer sur un secteur.

Nous avons reçu aujourd'hui un document préparé par Service correctionnel Canada. À la dernière page je lis: «Il y a une prévalence nettement plus élevée de troubles mentaux chez les détenus que dans la population en générale et les femmes en détention ont plus de troubles que les détenus de sexe masculin.»

Au dernier paragraphe de cette page, vous dites que vous allez élaborer «une stratégie globale d'évaluation et de gestion des troubles mentaux chez les détenus de sexe masculin.» Qu'en est-il des femmes?

Mme Bouchard: Je dois vous présenter mes excuses. Vous venez de relever une erreur que nous avons faite. Le plan inclut les femmes détenues également; ce sera pour tous les détenus.

Le sénateur Morin: Il les ont oubliées!

Mme Bouchard: Mes excuses.

Le sénateur Callbeck: Cela m'a sauté aux yeux parce que j'entends souvent dire que les femmes ne reçoivent pas les mêmes services que les hommes.

Mme Bouchard: Je peux vous donner un peu d'information, toutefois. Au cours de l'année écoulée, le secteur des femmes du SCC a beaucoup investi pour répondre aux besoins des femmes. Des progrès importants ont été faits. Lorsque nous concevons une stratégie pour la maladie mentale, il ne faut pas se concentrer sur un seul sexe. Merci de nous l'avoir signalé. Ce n'était pas le but, je crois.

The Deputy Chairman: Senator Callbeck, Professor Jackson was indicating that he wanted to jump in on this as well.

Ms. Jackson: The point that I made in my presentation was the strikingly higher rate of these disorders and of suicide among women offenders. Certainly some attention should be directed their way in terms of resources to attend to their needs.

Senator Callbeck: I am particularly familiar with Dorchester because I come from Prince Edward Island. I hear about the lack of services for the inmates. We are particularly dealing with mentally ill inmates.

I would like to have from you, in writing, the progress that has been made in the past five years in services provided to mentally ill inmates in those institutions.

The Deputy Chairman: I wish to ask a supplementary to Senator Callbeck's question. In your presentation, you said that there is an enhanced CSC response capacity. Yesterday, our witnesses were dealing with the lack of people entering the entire field — psychiatrists and psychologists. It goes back to education.

What kind of a strain is that putting on CSC? You indicated that it is often hard to keep people on the job. What kind of human resource problem has that created? Is it an immense problem? Will it take a long time to overcome it?

Ms. Bouchard: We have a variety of problems. One problem is attracting people to the system, especially those who are interested in the types of problems that offenders present in our environment.

Most psychiatrists are currently on contract. They are not employees of our institutions, so they also have a practice outside of corrections. Priority is a factor in their work. That leads us to try to have a systematic and standardized approach to those problems.

As you pointed out, our institutions exist in eight provinces. There is variation in understanding and practice among specialized groups from province to province. There was reference to ADHD, for example. There are sometimes differences of opinion among psychiatrists.

Creating a systematic approach is a challenge when you have to rely mostly on contract physicians, but one that we must address. We have to determine how we can work with our contract people. That applies as well to nurses who are interested in working with mental health patients.

We have the capacity to attract psychologists. However, additional needs have been placed on the correctional services agenda.

Senator Forrestall: I have a supplementary to Senator Callbeck's questions. From the evidence we have heard this morning, I have not been able to locate the extremely disturbed people in penitentiaries. Could you tell me where they are housed? Do we have an adequate number of beds in the Atlantic centre? Do we have an outpost there?

La vice-présidente: Sénateur Callbeck, le professeur Jackson signalait vouloir intervenir.

Mme Jackson: Le fait saillant de mon exposé est justement le taux nettement plus élevé de ces troubles et de suicides chez les délinquantes. Il faudrait sûrement s'intéresser à elles quand il s'agit d'affecter des ressources et de répondre à leurs besoins.

Le sénateur Callbeck: Je connais particulièrement bien Dorchester parce que je viens de l'Île-du-Prince-Édouard. J'entends parler de la pénurie de services pour les détenus. Il s'agit en particulier de détenus ayant des maladies mentales.

J'aimerais que vous me donniez par écrit les progrès que vous avez faits ces cinq dernières années pour offrir des services aux détenus atteints de maladie mentale dans ces établissements.

La vice-présidente: Je veux poser une question qui fait suite à celle du sénateur Callbeck. Dans votre exposé, vous dites que le SCC a amélioré sa capacité d'intervention. Hier, nos témoins parlaient de la pénurie de nouveaux venus dans le domaine: les psychiatres et les psychologues. Ça nous ramène à l'enseignement.

Quelles difficultés cela cause-t-il au SCC? Vous avez dit qu'il est souvent difficile de conserver vos employés. Quel genre de problèmes cela a-t-il créés en matière de ressources humaines? Est-ce important? Faudra-t-il du temps pour le régler?

Mme Bouchard: Nous avons tout un ensemble de problèmes. Un de ceux-là est d'attirer des gens dans le système, surtout ceux qui s'intéressent aux genres de problèmes que manifestent les délinquants en milieu carcéral.

La plupart des psychiatres travaillent actuellement à contrat. Ce ne sont pas des employés à nous et ils exercent à l'extérieur. Les priorités sont un facteur dans leur travail. Pour cette raison, nous essayons d'appliquer une démarche systématique et normalisée face aux problèmes.

Comme vous l'avez dit, nous avons des établissements dans huit provinces. La compréhension et la pratique varient entre groupes spécialisés d'une province à l'autre. Par exemple, on a parlé du THDA. Il y a parfois des divergences de vues entre psychiatres.

Il est difficile d'adopter une méthode uniforme quand il faut compter surtout sur des médecins à contrat, mais c'est un problème que nous devons régler. C'est à nous de décider comment travailler avec nos contractuels. Cela vaut aussi pour les infirmiers et infirmières qui veulent travailler avec les malades mentaux.

Nous avons ce qu'il faut pour attirer des psychologues, mais d'autres tâches ont été confiées aux services correctionnels.

Le sénateur Forrestall: J'aimerais poser une question qui fait suite à celles du sénateur Callbeck. Je ne sais toujours pas, après avoir entendu les témoignages de ce matin, dans quels pénitenciers se trouvent les délinquants souffrant de troubles mentaux graves. Pouvez-vous me dire où ils se trouvent? Est-ce que le nombre de lits, dans le centre de l'Atlantique, est adéquat? Y a-t-il un établissement à cet endroit?

Ms. Bouchard: Are you referring to the Shepody Healing Centre in the Atlantic region?

Senator Forrestall: Where is it located?

Ms. Bouchard: It is in Dorchester and has been established as a separate institution. It is recognized as one of our treatment centres. Over the last five years, prior to my arrival at CSC, issues had been raised about our capacity to treat people with mental health problems in the Atlantic region specifically. The mental health treatment centre has undergone some organizational changes in recent years with the establishment and recognition of the Shepody Healing Centre, run by a director who is specifically focused on mental health issues.

Senator Forrestall: Do we take psychiatric care to the penitentiaries or do we take the prisoner to the centre?

Ms. Bouchard: The psychiatric centre is within our correctional institutions; it is one of the treatment centres.

Senator Forrestall: Is that in Dorchester?

Ms. Bouchard: Yes.

Senator Forrestall: How do you find people who want to live in Dorchester?

Ms. Bouchard: We have physical plant issues. We realize that the physical environment is often not a reflection of what a hospital should be. That is one of the issues we have to address. In the meantime, we have dedicated, specialized personnel. We have been able to address the issue of psychiatric resources in New Brunswick. We have been lucky in recruiting a team of psychiatrists to work on contract with us, at least for that region, which was a problem before.

Senator Forrestall: Keep after that one.

Ms. Bouchard: Yes. We have an agreement with New Brunswick whereby we provide the services for their offenders with mental health problems.

Senator Fairbairn: I thank all of you for speaking to this huge issue. One could do an entire report on this alone.

Ms. Capponi: I found your presentation incredibly moving. It shouted out to be answered because you have been there, and you talked about Reva Gerstein and others. I know what that must have meant, to raise those very dark issues in your presentation to the committee today.

This does not have to be now, but I would like you to think of the three most important things that this committee could recommend to the federal government on this whole issue.

Ms. Capponi: I would do it right now, and I will sneak in something else, if I could.

Mme Bouchard: Faites-vous allusion au Centre de rétablissement Shepody, dans la région de l'Atlantique?

Le sénateur Forrestall: Où se trouve-t-il?

Mme Bouchard: À Dorchester. Il s'agit d'une institution distincte qui compte parmi nos centres de traitement. Au cours des cinq dernières années, c'est-à-dire avant mon arrivée au SCC, on s'est demandé si nous étions en mesure, notamment dans la région de l'Atlantique, de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Le centre de santé mentale a subi des changements d'organisation au cours des dernières années, changements qui ont abouti à la mise sur pied du Centre de rétablissement Shepody, qui est dirigé par un directeur qui s'intéresse de près aux questions de santé mentale.

Le sénateur Forrestall: Est-ce que les pénitenciers offrent des soins psychiatriques, ou est-ce que le prisonnier doit se rendre au centre?

Mme Bouchard: Le centre psychiatrique se trouve à l'intérieur de l'établissement correctionnel. Il fait partie des centres de traitement.

Le sénateur Forrestall: À Dorchester?

Mme Bouchard: Oui.

Le sénateur Forrestall: Comment arrivez-vous à trouver du personnel qui accepte d'aller vivre à Dorchester?

Mme Bouchard: Les installations physiques laissent à désirer. Nous sommes conscients du fait que le milieu physique, souvent, ne ressemble en rien à un hôpital. C'est l'un des problèmes que nous devons régler. Entre temps, nous avons des employés dévoués, spécialisés. Nous avons été en mesure de trouver des ressources psychiatriques au Nouveau-Brunswick. En effet, nous avons réussi à recruter, du moins dans cette région, une équipe de psychiatres qui travaillent avec nous, à contrat, chose que nous avons eu beaucoup de difficulté à faire dans le passé.

Le sénateur Forrestall: Ne lâchez surtout pas.

Mme Bouchard: D'accord. Nous avons conclu, avec le Nouveau-Brunswick, une entente en vertu de laquelle nous nous chargeons d'assurer la prestation de services aux délinquants atteints de troubles mentaux.

Le sénateur Fairbairn: Je tiens à vous remercier d'être venus nous rencontrer pour discuter de cette question importante. On pourrait préparer un rapport qui ne traiterait que de cela.

Madame Capponi: J'ai trouvé votre exposé fort émouvant. On ne peut faire autrement que réagir, en raison de ce que vous avez vécu, et aussi parce que vous nous avez parlé, entre autres, de Reva Gerstein. Je suis certaine qu'il n'a pas été facile, pour vous, d'aborder ces questions très graves, aujourd'hui.

Vous n'êtes pas obligée de me répondre immédiatement, mais j'aimerais savoir quelles sont, à votre avis, les trois recommandations les plus importantes que le comité devrait formuler au gouvernement fédéral.

Mme Capponi: Je peux le faire tout de suite et, avec votre accord, j'aimerais aborder un autre sujet.

Senator Fairbairn: Good.

Ms. Capponi: You asked if people are in jail because of deinstitutionalization. That is the Catch-22 that surrounds us. We should not deinstitutionalize them because they end up in jails. We should not deinstitutionalize people for whom there is nothing out there. That is the bottom line. It is not that we are better off with institutions, because we surely are not.

We require human development within our community and a de-emphasis on the system. You asked about diagnoses. Most psychiatric patients have more than one label, depending, almost, on what day of the week they go into hospital. There are catch-all diagnoses such as schizophrenia, which was popular in the 1960s and 1970s. People were put on medication for schizophrenia, re-diagnosed, as it became more of a pseudo-science, as manic-depressive, and then re-diagnosed with autism as it became the favourite.

I would like to comment on a number of women, especially, at the centre of addiction, where I was on the Board of Directors of the Centre for Addiction and Mental Health, which Professor Jackson talked about. In the early days, that was Queen Street. Dr. Ruth Gallup from the University of Toronto researched the original presenting complaint of these women, which was sexual abuse. That complaint was not listened to because no one wanted to hear it. The behaviour of these women was in response to what had happened to them when they were labelled and medicated. After a few years of that, a person will begin to act out and will probably drink at any opportunity because life is so terrible, and when drunk, you are likely to break a law.

There are more mentally ill people on the streets not because of a preference, but because the gulf between the haves and have-nots is getting wider and wider. More people are using the food banks and so the share for the chronic mental patient has been dramatically reduced. A landlord will rent his house to people who he thinks will be less disruptive than a former mental health patient. People get squeezed out. Shelters prefer to house immigrants or battered women because they will not be seen as potentially disruptive. The stigma about the crazy people that we are exists.

One thing we need is human development such that we would be allowed ways to develop as a community, much like Aboriginal community development, with recognition of the wrong that has been done and an effort by the federal government to put that right with seed money for that development within the chronic psychiatric patient community — and not through professional auspices. I have travelled all over Canada and survivors have been influenced by what we have been able to achieve in Ontario.

Le sénateur Fairbairn: Très bien.

Mme Capponi: Vous voulez savoir si les personnes sont incarcérées parce qu'elles ont été désinstitutionnalisées. C'est un cercle vicieux. Il ne faut pas désinstitutionnaliser ces personnes parce qu'elle finissent par aboutir en prison. Il ne faut pas désinstitutionnaliser les personnes à qui nous n'avons rien à offrir, point à la ligne. Le fait que nous ayons des institutions ne règle en rien la situation, au contraire.

Nous devons mettre l'accent sur le développement humain au sein de la collectivité, non pas sur le système. Vous avez parlé des diagnostics. La plupart des patients psychiatriques sont étiquetés de diverses façons, selon la journée de la semaine où ils se rendent à l'hôpital. Il y a des diagnostics fourre-tout, comme la schizophrénie, un diagnostic populaire dans les années 60 et 70. On prescrivait des médicaments aux personnes atteintes de schizophrénie, on établissait un nouveau diagnostic, puisque c'était considéré, de plus en plus, comme une pseudo-science, on disait qu'elles étaient atteintes de maniacodépression, et enfin, d'autisme, le nouveau diagnostic à la mode.

Je voudrais vous parler de la situation d'un certain nombre de femmes qui fréquentaient le centre de toxicomanie. Je siégeais au conseil d'administration du Centre de toxicomanie et de santé mentale, auquel M. Jackson a fait allusion. Au début, le centre se trouvait sur la rue Queen. Mme Ruth Gallup, de l'Université de Toronto, a mené une enquête sur la plainte initiale formulée par ces femmes, qui se disaient victimes d'abus sexuels. Cette plainte n'a pas été prise au sérieux parce que personne ne voulait l'entendre. Ces femmes réagissaient à ce qui leur était arrivé quand elles avaient été étiquetées et soignées. Habituellement, la personne qui subit des abus commence, après quelques années, à changer de comportement, à profiter de toutes les occasions possibles pour boire, parce que la vie n'a rien d'encourageant. Lorsqu'on est en état d'ébriété, il y a des chances qu'on brise la loi.

Il y a beaucoup plus de personnes atteintes de troubles mentaux dans les rues, non pas par choix, mais parce que l'écart entre les mieux nantis et les moins nantis va grandissant. De plus en plus de personnes ont recours aux services des banques alimentaires, ce qui veut dire que la part du malade mental chronique diminue. Un propriétaire va louer sa maison à des personnes qui, à son avis, seront plus tranquilles qu'un ancien patient atteint de troubles mentaux. Les gens sont de plus en plus laissés pour compte. Les refuges préfèrent ouvrir leurs portes aux immigrants et aux femmes battues au motif qu'ils posent moins de problèmes. Il y a toujours un stigmate associé aux troubles mentaux.

Nous devons mettre l'accent sur le développement humain, favoriser l'épanouissement de la collectivité, comme on le fait pour les Autochtones, reconnaître les torts qui ont été causés et amener le gouvernement fédéral à corriger la situation en consacrant des fonds à des programmes de développement qui s'adressent aux patients psychiatriques chroniques — sans passer par des associations professionnelles. J'ai voyagé dans toutes les régions du Canada, et des anciennes victimes ont tiré parti de ce que nous avons été en mesure d'accomplir en Ontario.

Another thing we need is recognition that although psychiatry may be a pseudo-science, it is not 100 per cent. Dr. Gerstein wrote an introduction to my last book. She was part of that deinstitutionalization movement in the 1950s, 1960s and 1970s that thought all we needed was one good pill, but that is not the reality. All people need much more than that in their lives. We need recognition that science is not everything.

I do not know what you can do about this big barrier that occurs in every province, except, perhaps, to just advertise it. It is scary for people who finally get on a provincial disability pension program, which includes drug cards, to take the risk of going to work.

If their worker then cuts them off from the disability pension, they are thrown on welfare, and welfare rates are horrendously low. It can take months and months to get that pension back.

It is almost as if you are defeated before you start. It is a total disincentive. There used to be step programs. I remember, when I was in my boarding house, there were 70 crazy folks all discharged from provincial psychiatric institutions and the door shut behind us with a resounding crash. However, when a welfare worker came to see me, he thought I was more middle class, maybe but he could relate to me, and he would tell me things he did not tell the others, such as you could get a clothing allowance once a year. You can do this. We do not know these things, as a rule, as a community.

The other thing is, when you go to tour places, do not just talk to the front-line workers. Do not go to institutions and label that "community," because institutions are not community. The people to whom you should be talking are the recipients of service. Talk to them in ways in which they can answer without fear, which means talk to them away from staff — although not all staff are bad. I was a staff member, too, but you will hear truer things from clients.

For example, I remember a drunk walking by in Parkdale screaming, "I may be a drunk but at least I am not crazy." There is a pecking order, and God help us, because we are at the bottom. It is frightening to go into a shelter, not just because the guys there will beat you up, but also because the staff will treat you badly.

I was one of the founders of the Supportive Housing Coalition in Toronto that received many group home beds. I thought, "How wonderful," but none of the chronic patients could get in because they did not want to offend the neighbourhood. People who might have done well on their own were given places in

Nous devons également reconnaître que la psychiatrie n'est pas vraiment une pseudo-science. Mme Gerstein a signé l'introduction de mon dernier ouvrage. Elle a fait partie du mouvement en faveur de la désinstitutionnalisation qui a existé dans les années 50, 60 et 70, mouvement qui pensait que tout ce qu'il nous fallait, c'était un bon médicament, sauf que cela ne correspondait pas à la réalité. Les gens ont besoin de beaucoup plus dans leur vie. Nous devons reconnaître que la science n'est pas tout.

Je ne sais pas ce que vous pouvez faire pour supprimer cet obstacle majeur qui existe dans chacune des provinces. Peut-être suffit-il tout simplement de sensibiliser la population au problème. Il n'est pas facile pour les personnes qui finissent par devenir admissibles à un programme provincial de pension d'invalidité, programme qui vous donne accès à des cartes de paiement des médicaments, de se mettre à la recherche d'un emploi.

Si leur travailleur social leur enlève leur pension d'invalidité, ils se retrouvent au bien-être social, et les prestations sont dérisoires. Cela peut prendre des mois et des mois avant de toucher à nouveau la pension d'invalidité.

Vous êtes comme battu d'avance. Ça vous décourage. Avant, il y avait des programmes appelés L'étape suivante. Je me souviens, quand j'étais dans ma maison de chambre, il y avait 70 fous qui avaient tous été libérés d'établissements psychiatriques provinciaux et il y a quelqu'un qui a claqué la porte derrière nous en faisant un bruit d'enfer. Quand un travailleur social est venu me voir, il trouvait que j'étais plus classe moyenne et qu'il arriverait peut-être à communiquer avec moi; il me disait des choses qu'il ne disait pas aux autres, comme le fait que je pouvais avoir une allocation de vêtements une fois par année. On peut faire ça. Ce groupe-là, en général, n'est pas au courant.

L'autre chose, c'est que lorsque vous irez faire des visites, ne parlez pas seulement aux travailleurs de première ligne. Ne vous rendez pas dans les établissements en pensant que c'est le «milieu», parce que ça ne l'est pas. C'est à ceux qui reçoivent les services que vous devez parler. Parlez-leur d'une manière qu'ils puissent vous répondre sans avoir peur; autrement dit, ne leur parlez pas en présence du personnel, même si tous les employés ne sont pas mauvais. J'ai été membre du personnel, moi aussi, mais de cette façon vous entendrez davantage la vérité des clients.

Par exemple, je me souviens d'un ivrogne qui passait dans Parkdale et qui criait: «Je suis peut-être un ivrogne, mais au moins je ne suis pas fou.» Il y a un ordre de préséance et Dieu nous vienne en aide parce que nous sommes les derniers. Ça fait peur d'aller dans un refuge, pas seulement parce que les types vont vous tabasser, mais parce que le personnel aussi va mal vous traiter.

J'ai été un des fondateurs de la Coalition pour le logement supervisé de Toronto qui a reçu beaucoup de lits dans des foyers de groupe. Je me suis dit que c'était merveilleux sauf qu'aucun des malades chroniques ne pouvait y aller de peur qu'ils choquent le voisinage. Des gens qui auraient pu se débrouiller tout seuls ont

supportive housing and our folks were left in rooming and boarding houses, with no controls over the landlord or how that house was run.

Mr. Cameron: "Not in my backyard" is not just a major issue in mental health and homelessness. We have millions of projects on hold because of NIMBYism. One of the things we try to do is organize workshops and training for community groups on how to go out and dialogue with the communities, explain the services and touch individuals and build that coalition. As we move further into more transitional and supportive facilities the greater the problems with social issues seem to become.

Senator Fairbairn: I have one question relating to Western Canada in particular. We have a huge and growing population of young Aboriginal people. Indeed, in the province of Saskatchewan, it will not be long before the majority of the population is Aboriginal. I admire very much what you have been doing on the homeless issue with such a small resource base. I think particularly of Alberta. I am from Lethbridge and we work on it there. However, I am thinking of what is being done in Calgary. I am wondering if you could give us a kind of snapshot of the impact that this particular part of our population has on the issue that we are dealing with today. I am thinking of the young Aboriginal people who come in off the reserve, where Lord knows what they have been going through. There they are in downtown Calgary in great numbers. How is this affecting the way that you can deliver the program, limited though it is, although it has had some remarkable success in bringing in the rest of community as partners? How do the young Aboriginal people fit into that?

Mr. Cameron: We have something called an urban Aboriginal homeless component to the initiative, whether in Calgary, Edmonton or Red Deer, which is a good example. This is again the Aboriginal community identifying the priorities, where the needs are and making decisions on funding those priorities. In Red Deer, it is a community-based approach where the full community comes together. They have pooled their money. Every homelessness project in Red Deer has an Aboriginal component to it and the Aboriginal community is part of that process.

It is staggering. I do not know if you watched the national news last night, showing a young Aboriginal girl who has been a prostitute since 12. The Aboriginal young people are coming to the cities. They are culturally lost.

Senator Fairbairn: It has a tremendous impact on their mental state and stability.

Mr. Cameron: It has impacted their mental state, their self-esteem and their ability to connect. There are tremendous housing problems on the reserves — 12 and 15 people living in a house is homelessness. There is overcrowding. When young people come to the cities, they do not know where the services are. They have no connection. Where do you go when totally disconnected and on the street? What happens on the street? Who influences you? It is the people on the street. They get into gangs and into serious situations. Many people think it is an Aboriginal problem. It is a

obtenu des places en logement supervisé et nos gens à nous ont été abandonnés dans des maisons de chambres et des pensions, sans la moindre supervision du propriétaire ou de la façon dont la maison était tenue.

M. Cameron: «Pas dans ma cours», ce n'est pas seulement un gros problème en santé mentale et en itinérance. Il y a des millions de projets en suspens à cause de cette attitude. Nous, on essaie d'organiser des ateliers et de donner des cours aux groupes locaux pour leur montrer comment établir le dialogue avec les regroupements, expliquer les services, rejoindre les gens et former cette coalition. Plus on a recours aux logements de transition et supervisés, plus les problèmes sociaux semblent s'aggraver.

Le sénateur Fairbairn: J'ai une question en particulier qui porte sur l'ouest du pays. Nous avons une grande population, qui ne cesse de grandir, de jeunes Autochtones. En Saskatchewan, cela ne tardera pas avant que la majorité de la population soit autochtone. J'admire beaucoup ce que vous avez fait pour aider les sans-abri avec si peu. Je pense en particulier à l'Alberta. Je viens de Lethbridge et on y travaille là-bas. Je pense à ce qui se fait à Calgary. Pourriez-vous nous donner une idée de la place qu'occupe cette population dans ce dossier? Je pense aux jeunes Autochtones fraîchement débarqués de leur réserve et Dieu sait ce qu'ils vivent. Ils sont nombreux au centre-ville de Calgary. Quel effet cela a-t-il sur votre programme, tout limité qu'il soit, même si vous avez obtenu des succès remarquables et trouvé des partenaires dans la collectivité? Où se situent les jeunes Autochtones là-dedans?

M. Cameron: Notre programme a un volet pour les sans-abri autochtones en milieu urbain à Calgary, Edmonton ou Red Deer, et c'est un bon exemple. C'est la communauté autochtone qui détermine ses priorités, ses besoins, et qui décide quoi financer. À Red Deer, c'est toute la collectivité qui serre les coudes. Les fonds sont mis en commun. Tous les projets d'aide aux sans-abri de Red Deer ont un volet autochtone et la communauté autochtone y est associée.

C'est renversant. Je ne sais pas si vous avez regardé les nouvelles nationales hier soir; on a vu une jeune Autochtone qui se prostitue depuis l'âge de 12 ans. Les jeunes Autochtones débarquent en ville et ils sont culturellement perdus.

Le sénateur Fairbairn: Cela leur cause un choc immense et ébranle leur état mental et leur stabilité.

M. Cameron: C'est un choc pour leur état mental, leur estime de soi et leur capacité à établir des liens. Il y a d'immenses problèmes de logement dans les réserves: 12 et 15 personnes qui vivent dans la même maison, c'est comme ne pas avoir de maison. C'est surpeuplé. Lorsque les jeunes viennent à la ville, ils ne savent pas où sont les services. Ils n'ont aucun contact. À qui allez-vous vous adresser quand vous n'avez pas le moindre contact et vivez dans la rue? Qu'est-ce qui se passe dans la rue? Qui a de l'influence sur vous? Ceux qui y vivent. Les jeunes entrent dans des gangs et

homelessness problem across Canada, but young Aboriginals with FAS/FAE coming into the city can be taken advantage of. They can be told, as you know, the kind of behaviours. There is a wide range of mental health issues. Obviously, there is a background of abuse, et cetera, bringing them to where they are. To be honest, we are not holistic in our approach. We have an urban Aboriginal strategy and a homeless strategy that is off-reserve. One of the things we are trying to do is bring the urban Aboriginal strategy, homelessness strategy and other federal departments together to look at it from a holistic point of view.

The money might be out there. I really do not know. We need to do a diagnosis of how we are spending the money, what we are spending it on and how we are complementary. We are dealing with urban Aboriginals on a wide range of issues. Federal departments are dealing with Aboriginals, and we need some coherency.

The numbers are staggering — and increasing — and we are not able to handle the situation.

Ms. Girard: One challenge is inclusion. If we want to think about effective solutions — and Mr. Cameron mentioned cohesion and having us doing things together — it also means getting all the people involved around the table. This initiative is being implemented throughout the country, but because the communities are taking the lead, we are seeing great success in terms of inclusion in certain communities. In others it has been more difficult to get the Aboriginal community around the table. That is certainly something that we are working on, to ensure that all the partners are around the table.

They bring a very important expertise. We know that services that are offered in large urban centres are not always culturally adapted to the needs of Aboriginal people, especially the young. When we had consultations and asked them about the key issues in the North that we needed to research — the overcrowding and all of that — they talked about certain issues like housing, which we hear across the board, but also, culturally adapted services was a specific issue that arose that we did not hear in other consultations.

Through the years, we have tried different models. Some were more successful than others. The message that they are sending us now is unless you are able to deliver the kinds of services we need, with the philosophy and the approach with which are familiar and comfortable, there will be difficulty in succeeding.

The important thing with young people is to try to provide them with the right skills. They are young and show potential. They have many years to live and to contribute to and participate in their community.

We also need to think about how we define “participation.” We have an equation for poor people. You work; you participate. Participation can be defined more broadly. People can participate and be active members of their communities. Investing in the skills of these youth is also very important.

ont de graves ennuis. Beaucoup de gens pensent que c’est un problème autochtone. C’est un problème d’itinérance partout au pays, mais les jeunes Autochtones touchés par le SAF — qui débarquent en ville sont des proies faciles. Ils apprennent des comportements. Il y a tout un éventail de problèmes de santé mentale. Il y en a notamment qui ont été maltraités et qui traînent ce bagage avec eux. Pour être honnête, notre méthode manque de globalité. Nous avons une stratégie pour les Autochtones en milieu urbain et une stratégie d’aide aux itinérants à l’extérieur des réserves. Nous, nous essayons de réunir nos deux stratégies et les autres programmes fédéraux pour adopter une démarche globale.

Il y a peut-être de l’argent disponible, je ne sais pas. Il faut regarder comment on dépense l’argent, sur quoi et où notre action peut être complémentaire. On s’occupe des Autochtones en milieu urbain sur beaucoup de fronts. Divers ministères fédéraux s’occupent des Autochtones, et il nous faut de la cohérence.

Les chiffres sont renversants — ils continuent de monter — et on ne maîtrise plus la situation.

Mme Girard: Un des problèmes, c’est l’inclusion. Pour trouver des solutions efficaces — et M. Cameron a parlé de cohésion et de concertation — il faut rassembler tous les intéressés autour de la table. Cette initiative est mise en oeuvre partout au pays, mais comme ce sont les collectivités qui prennent les devants, on réussit très bien à inclure certains groupes. Ailleurs, il a été plus difficile d’amener la communauté autochtone à la table. On y travaille, pour s’assurer que tous les partenaires y sont.

Ils apportent un savoir très important. Nous savons que les services offerts dans les grands centres urbains ne sont pas toujours culturellement adaptés aux besoins des Autochtones, en particulier des jeunes. Quand nous les avons consultés et leur avons demandé quels sont les principaux problèmes dans le Nord sur lesquels il faut se renseigner, comme le surpeuplement, oui, ils ont parlé du logement, ce qui revient toujours, mais aussi de services culturellement adaptés, ce qui n’avait pas été mentionné dans d’autres consultations.

Au fil des années, nous avons essayé divers modèles. Certains ont eu plus de succès que d’autres. Leur message aujourd’hui est que si vous n’êtes pas capables de nous donner les services dont nous avons besoin, dans un état d’esprit et d’une manière qui nous sont familiers et avec lesquels nous sommes à l’aise, il sera difficile d’avoir du succès.

L’important avec les jeunes est de leur donner les compétences qu’il faut. Ils sont jeunes et ont du potentiel. Ils ont de nombreuses années à vivre pendant lesquelles ils peuvent faire partie de leur collectivité et y contribuer.

Il faut aussi réfléchir à la façon dont nous définissons cette participation. Nous avons une équation pour les pauvres: vous travaillez; vous participez. La participation peut être plus large. Les gens peuvent participer et être des membres actifs de leurs collectivités. Il est aussi très important d’investir dans les compétences de ces jeunes.

Mr. Cameron: One of the real challenges for the Aboriginal entities and service providers with which we work is sustainability. In other words, how do they continue? We can help, but it is a short-term initiative. What about ongoing funding? How do we make these organizations that are helping Aboriginal people sustainable?

I am not sure if this is a mental health issue, but you should know that we do not have full engagement from the private sector with the Aboriginal community. In other words, if you were to look at partnerships for some kinds of services, the business community is absent. They are absent from addressing homelessness as well in our communities, but in particular in the Aboriginal communities. We have been asking Aboriginal organizations if they can help us in developing a partnering strategy to better connect with the business community to address long-term sustainability.

Senator Léger: If a person has mental illness and commits a crime against society, he is put in the correctional institution, right? Do they get mental health problems once in the institution? Does it happen there?

If you are ill, you cannot be accused. The act was a result of that illness. Perhaps inmates become sick once incarcerated.

Ms. Bouchard: It is logical to think that prison environments are not necessarily conducive to mental health. People are cut off from their community and their support. There are many factors in a holistic approach that create more stress. We know that the prison environment is a stress on people. It probably enhances the problems and can create further problems.

Senator Léger: Does it happen that someone who is ill is sent to prison?

Ms. Bouchard: It can happen. I do not know the data. I know that provincial corrections has started to look at that because the first time people commit an offence, they end up in the provincial system.

Sometimes, the first manifestation of a mental illness will be somebody ending up in the court system for a lack of prior assessment, diagnosis or treatment. Does the criminal court system address those specific problems? Unless there is a diagnosis that this person is criminally insane and therefore needs to be put in the forensic psychiatric facility, it might be missed, which might lead to recurring problems. People may end up in our system the first time that they have a mental health problem.

I think it is a combination of things.

The Deputy Chairman: We heard testimony via video conferencing with Australia about a program they have had since the early 1990s. They have moved between 30,000 and 40,000 youth out of the criminal justice system and into a kind of health and wellness situation. I imagine you are probably looking at the Australian example.

M. Cameron: Un des gros problèmes pour les entités et les fournisseurs de services autochtones avec qui nous travaillons, c'est la durée. Autrement dit, comment peuvent-ils survivre? Nous pouvons les aider, mais c'est une initiative à court terme. Qu'en est-il du financement permanent? Comment peut-on assurer la pérennité des associations qui aident les Autochtones?

Je ne suis pas sûr qu'il s'agisse d'une question de santé mentale, mais il faut que vous sachiez que nous ne bénéficions pas de la participation entière du secteur privé quand il s'agit des Autochtones. Autrement dit, si vous examinez les partenariats dans le cas de certains services, les milieux des affaires brillent par leur absence. Ils ne participent pas à la lutte contre l'itinérance dans nos milieux, mais en particulier en milieu autochtone. Nous avons demandé aux associations autochtones de nous aider à élaborer une stratégie de partenariats pour avoir de meilleurs liens avec les milieux des affaires en vue d'assurer la pérennité.

Le sénateur Léger: La personne atteinte de maladie mentale qui commet un crime est placée dans un établissement correctionnel, n'est-ce pas? Est-ce qu'ils développent des troubles mentaux une fois incarcérés? Est-ce que ça arrive là-bas?

Si vous êtes malade, vous ne pouvez pas être accusé. Le crime est la conséquence de cette maladie. Peut-être que les détenus deviennent malades en prison.

Mme Bouchard: Il n'est pas étonnant de croire que le milieu carcéral ne favorise pas la santé mentale. Les gens sont coupés de leurs racines et de leur source d'appui. Il y a plusieurs facteurs dans l'approche intégrée qui créent plus de stress. Nous savons que la prison est une source de stress pour les gens. Elle aggrave sans doute les problèmes et peut en créer d'autres.

Le sénateur Léger: Arrive-t-il que quelqu'un de malade soit envoyé en prison?

Mme Bouchard: Ça peut arriver. Je ne connais pas les chiffres. Je sais que les services correctionnels provinciaux ont commencé à examiner la chose parce que la première fois que les gens commettent une infraction, ils sont placés dans le système provincial.

Parfois, la première manifestation de la maladie mentale, c'est quelqu'un qui se retrouve devant le tribunal faute d'évaluation, de diagnostique ou de traitement préalables. Le système judiciaire se penche-t-il sur ces problèmes? En l'absence de diagnostic indiquant que la personne est aliénée du point de vue juridique et doit être placée en établissement psychiatrique, cela peut passer inaperçu et conduire à des problèmes à répétition. Il se peut que des gens aboutissent chez nous la première fois qu'ils ont eu un épisode de maladie mentale.

C'est un ensemble de choses, je crois.

La vice-présidente: Nous avons entendu par vidéoconférence des témoignages au sujet d'un programme australien en place depuis le début des années 90. L'Australie a fait sortir entre 30 000 et 40 000 jeunes du système de justice pénale pour les placer dans une filière de santé et de bien-être. Vous examinez sans doute l'exemple de l'Australie.

Ms. Bouchard: Yes, we are. Australia is divided into states, so each state has its system. We have been looking at those, because they are different systems. They have an overall strategy.

The Deputy Chairman: They do not seem to have the same problems between the federal and state governments that we seem to have here.

Senator Cook: Ms. Capponi, I tried to put together in one place the gaps and needs in the system. Hopefully, this study will achieve that.

You said in your testimony that you wish for a small portion of the resources that is currently allocated to institutions and agencies. Could you elaborate? How do you see accessing this and what will it do for you in working toward being a total person and able to cope in society?

Ms. Capponi: When I was on the board of the Centre for Addictions and Mental Health, I made the plea that funds be made available to survivor groups from the hospital. It was not well received.

They once had a vocational rehab program within the hospital. It was kind of like a coffee bar. You know how in hospitals it is mostly volunteers who do these things, but in this case it was a vocational rehab program. About three or four years ago, the Ontario Council of Alternative Businesses, which is all psychiatric survivors, started negotiations to have that transferred to OCAB and run as a survivor business, where people would be paid to work in the coffee bar.

It was the first program divested from a hospital to a psychiatric survivor business. People are earning more than minimum wage.

One thing really thrilled people. There is a coffee cart with speciality coffees and other things. In order to take that coffee cart around to all the wards, the survivors working within this place — Out of this World Cafe — must have keys to the doors.

The Deputy Chairman: Master keys.

Ms. Capponi: It was wonderful. I was there the day it was announced that the staff of the Out of This World Cafe was getting keys to the wards. It was the most liberating day.

Since then, my younger sister, jointly diagnosed with heroin addiction and mental illness, has been appointed the client employment person by Queen Street Mental Health Centre, the centre for addictions. She is now working in human resources for them.

Instead of looking at more sheltered workshops and hospital-run housing, which tends to resemble institutions, we should be looking at that sort of thing. Some of that should be divested to consumer survivor groups to run themselves.

Mme Bouchard: Oui. L'Australie est divisée en états et chacun a son propre système. Nous les avons examinés parce qu'ils sont différents. Le pays a une stratégie globale.

La vice-présidente: Ils ne semblent pas avoir les mêmes problèmes que nous avons, entre leur gouvernement fédéral et les états.

Le sénateur Cook: Madame Capponi, j'ai essayé de réunir au même endroit les lacunes et les besoins du système. J'espère que cette étude y arrivera.

Vous avez dit dans votre témoignage que vous aimeriez avoir une petite partie des fonds actuellement alloués aux établissements et aux organismes. Pourriez-vous nous en dire plus? Comment pourriez-vous y avoir accès, d'après vous, et en quoi cela vous aidera-t-il à devenir quelqu'un d'entier capable de vous débrouiller en société?

Mme Capponi: Quand je siégeais au conseil du Centre de toxicomanie et de santé mentale, j'ai fait un plaidoyer pour que l'hôpital mette des fonds à la disposition des groupes de personnes ayant un vécu psychiatrique. L'idée n'a pas été bien accueillie.

À une certaine époque, il y avait un programme de réadaptation professionnelle à l'hôpital. C'était une sorte de café. Ce sont surtout des bénévoles qui s'occupent de cela dans les hôpitaux, mais là, c'était le programme de réadaptation professionnelle. Il y a trois ou quatre ans, l'Ontario Council of Alternative Businesses, composé en totalité de personnes ayant un vécu psychiatrique, a entrepris des négociations pour que ce programme soit transféré au OCAB et qu'il soit exploité comme une entreprise, où les gens seraient rémunérés pour leur travail au café.

Il s'agissait du premier programme qu'un hôpital cédait à une entreprise de personnes ayant un vécu psychiatrique. Ces personnes gagnent plus que le salaire minimum.

Il y a une chose qui a vraiment emballé les gens. Il y a un buffet roulant qui offre des cafés fins et autres produits. Pour visiter tous les services de l'hôpital, les employés du Out of this World Café — c'est son nom — doivent avoir toutes les clés.

La vice-présidente: Le passe-partout.

Mme Capponi: C'était extraordinaire. J'y étais lorsque l'on a annoncé que le personnel du café allait obtenir les clés des services. C'était la libération.

Depuis, ma petite soeur, à qui on a diagnostiqué une héroïnomanie et une maladie mentale, a été nommée responsable du recrutement au Queen Street Mental Health Centre, le centre de toxicomanie. Elle travaille donc là aux ressources humaines.

Au lieu de songer à mettre sur pied d'autres ateliers protégés ou à des habitations dirigées par les hôpitaux, qui finissent par ressembler à des établissements, c'est à cela qu'il faudrait songer. Une partie de l'argent devrait aller à des groupes de personnes ayant un vécu psychiatrique pour qu'elles se prennent en main.

Drop-in programs funded by community mental health agencies could be run by survivors. I worked in a drop-in centre for seven years. It is not that difficult to do. With apprenticeship programs, people could be helped to run them as a survivor group. Indeed, there are such places in Canada that are totally run by survivors.

Some money goes for exotic research. For instance, the Clarke Institute really likes to do exotic research. Some of that money might be better used to help people to survive. This is one of the reasons I left that board.

My feeling was that they did not wish to do the practical things. Getting people a decent room, with enough money to fill their bellies and take public transit is not as exotic as looking at homosexuality and birth order, which was the research being done. Money that is used currently for weird research could be targeted so that people could have a life.

Senator Cook: You are talking about funding for the empowerment of the individual?

Ms. Capponi: Yes, which would also work with Aboriginal communities. I had the privilege, when I went across Canada, to attend a first meeting of a nascent survivor group in Red Deer. It was quite fun, being driven by a manic-depressive from the Red Deer airport to that meeting.

We have done a whole lot with very little — talking to street kids, homeless young men and women, who are not listened to, looking at their eyes light up when you say, “I understand why you left school early, it is really hard to be in school when you are afraid to go home. That does not mean you are stupid. There are ways to learn and we can help.” It makes a difference.

Senator Cook: Madam Chair, our witnesses will simply have to come back because I have stories to tell, too. For a number of years, I have been a volunteer community board member of a social centre as an advocate to work with consumers who found themselves in the position that you did, and there are good-news stories.

I wanted to follow the funding package so that my friend, Mr. Bill Cameron, could understand and see where funding might better be used. When you mentioned funding, you used the word “important.” Am I to understand that your funding goes to provincial jurisdictions and they manage the program, or is there federal involvement?

Mr. Cameron: Our funding goes directly to the community groups and to communities. No money goes to governments.

Senator Cook: I come from the province of Newfoundland. I know there are affordable housing projects for incarcerated people, particularly the Stella Burry Corporation.

Mr. Cameron: We work with the Stella Burry Corporation and Jocelyn Greene.

Ces personnes pourraient aussi diriger des centres d'accueil financés par les organismes locaux de santé mentale. Moi-même, j'y ai travaillé pendant sept ans. Ce n'est pas très difficile. Grâce à des programmes d'apprentissage, on pourrait aider les gens ayant un vécu psychiatrique à gérer de tels centres. De fait, il y a des endroits au pays entièrement tenus par ces personnes.

Une partie des fonds va à des travaux de recherche plutôt théoriques. Par exemple, l'Institut Clarke aime faire des travaux exotiques. Une partie de cet argent servirait mieux s'il aidait les gens à survivre. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai quitté le conseil.

Je trouvais qu'ils ne voulaient pas faire du concret. Trouver une chambre acceptable pour quelqu'un et lui donner assez d'argent pour qu'il puisse manger à sa faim et emprunter les transports en commun, ce n'est pas aussi intéressant que d'étudier l'homosexualité ou le rang de naissance, ce genre de travaux. L'argent actuellement consacré aux travaux théoriques pourrait servir à améliorer la vie des gens.

Le sénateur Cook: Vous parlez du financement en faveur de l'autonomisation de la personne?

Mme Capponi: Oui, et qui s'appliquerait aussi aux collectivités autochtones. Quand j'ai traversé le pays pour assister à la première rencontre d'un nouveau groupe de personnes ayant un vécu psychiatrique à Red Deer. J'ai eu beaucoup de plaisir en compagnie d'un maniaco-dépressif qui m'a conduit de l'aéroport de Red Deer jusqu'à cette réunion.

On a fait beaucoup avec très peu: parler à des jeunes des rues, des jeunes, hommes et femmes, sans-abri, que personne n'écoute et dont le regard s'allume quand vous dites «Je comprends pourquoi tu as quitté tôt l'école; c'est difficile d'y aller quand on a peur de rentrer à la maison. Ça ne veut pas dire que tu es stupide. Il y a des façons d'apprendre et on peut t'aider.» Ça change les choses.

Le sénateur Cook: Madame la présidente, il va falloir que nos témoins reviennent parce que j'ai des choses à raconter, moi aussi. Pendant des années, j'ai siégé à titre de bénévole au conseil d'un centre qui travaillait auprès de consommateurs qui se trouvaient dans la même situation que vous et je connais des cas de réussite.

Je voulais revenir sur la question de financement pour que mon ami, M. Bill Cameron, comprenne et voit comment on pourrait faire meilleur usage de ces fonds. Quand vous avez parlé de financement, vous avez dit que c'était important. Dois-je comprendre que vos fonds vont aux gouvernements provinciaux, qui gèrent le programme, ou s'agit-il du gouvernement fédéral?

M. Cameron: Nos fonds vont directement aux associations locales et aux groupes. Rien ne va aux gouvernements.

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve. Je sais qu'il y a des ensembles d'habitations pour détenus, et je pense en particulier à la Stella Burry Corporation.

M. Cameron: Nous travaillons avec la Stella Burry Corporation et avec Jocelyn Greene.

Senator Cook: These are the good-news stories, which I think we should be able to share and understand.

Mr. Cameron: We work directly with the community. No money is transferred to governments or municipalities. Money goes directly to the community groups who are working with homelessness.

Senator Cook: You agree that Ms. Greene's story is a good-news story?

Mr. Cameron: Yes, it is an excellent story.

Senator Cook: Ms. Jackson talks about the lack of standardized systems. Would that include legislation, given that most provinces have separate mental health acts and we have no national act?

Ms. Jackson: I think that, clearly, the power of established legislation to ensure that kind of standardization would greatly help. Certainly, CSC itself could go a great distance in assuming a federal responsibility for encouraging that standardization. Perhaps the excellent research department of the CSC might consider, as a long-term research project, a pilot looking at the effect of having a standardized protocol — follow the life history of an offender going through the system and into the community to see whether that kind of standardization would assist, how it would assist. I think we are certainly talking about a systemic problem, and at the systems level, a very practical kind of emphasis or initiative would be a standardization of the process of diagnosis.

The Deputy Chairman: On behalf of the committee, I wish to thank all the witnesses. I believe that many of my colleagues will want some or all of you to come back because this study will go on for some time yet. I would very much like to thank all of you for appearing today. I was particularly struck by your testimony, Ms. Capponi. I think it was outstanding.

Colleagues, if we could move quickly now to the next piece of work we have to do, which is Bill S-17, a Senate bill to amend the Citizenship Act.

Our witnesses on Bill S-17 are Mr. Charles Bosdet and Mr. Don Chapman.

Thank you very much, gentlemen, for appearing.

Mr. Charles Bosdet, as an individual: I want to thank the committee for giving us an opportunity to address Bill S-17.

I am a Canadian native, born in Winnipeg. I am currently a U.S. citizen and immigrated to Canada last year as Nova Scotia's first provincial nominee under their new provincial nominee program.

My background bears on the context of my remarks so I will tell you a little about that. I am a former law news and opinion editor at several newspapers in the United States and news and opinion editor of the largest daily law newspaper there. These days, I consult to businesses on policies and procedures. Currently, I am under contract on something I guess that is of interest these days in the U.S., helping companies prepare for audits under the Sarbanes-Oxley securities law.

Le sénateur Cook: Voilà des cas de réussite dont on devrait pouvoir parler et que l'on pourrait comprendre.

M. Cameron: Nous travaillons directement avec les intéressés. L'argent ne va jamais aux gouvernements ou aux municipalités. Les fonds vont directement aux associations locales qui accompagnent les sans-abri.

Le sénateur Cook: Trouvez-vous que ce que nous a raconté Mme Greene est un cas de réussite?

M. Cameron: Oui, tout à fait.

Le sénateur Cook: Mme Jackson parle de l'absence de système standardisé. Parlez-vous des lois, étant donné que chaque province a sa loi sur la santé mentale et qu'il n'y a pas de loi nationale?

Mme Jackson: Il est certain qu'une loi favoriserait beaucoup ce genre de normalisation. Le Service correctionnel du Canada lui-même pourrait faire beaucoup et pourrait se charger au niveau fédéral d'encourager cette normalisation. Peut-être l'excellent service de la recherche du SCC pourrait-il envisager, comme projet de recherche à long terme, d'étudier les effets qu'aurait un protocole normalisé: suivre le parcours d'un délinquant dans le système et dans la société pour voir si ce genre de normalisation aiderait et comment. Il s'agit sûrement ici d'un problème au niveau des systèmes, et la normalisation de l'établissement des diagnostics serait une mesure concrète à prendre.

La vice-présidente: Au nom du comité, je tiens à remercier tous les témoins. Beaucoup de mes collègues voudront que certains d'entre vous, ou vous tous, reviennent parce que cette étude va durer quelque temps encore. Je tiens à vous remercier tous d'avoir comparu aujourd'hui. J'ai été particulièrement frappée par le témoignage de Mme Capponi. Je l'ai trouvé exceptionnel.

Il nous faut maintenant passer rapidement à l'autre point de l'ordre du jour: le projet de loi S-17, projet de loi du Sénat modifiant la Loi sur la citoyenneté.

Au sujet du projet de loi S-17, nous entendrons M. Charles Bosdet et M. Don Chapman.

Merci beaucoup d'être venus, messieurs.

M. Charles Bosdet, témoignage à titre personnel: Je remercie le comité de nous donner l'occasion de parler du projet de loi S-17.

Je suis canadien d'origine, né à Winnipeg. Je suis actuellement citoyen américain, immigré au Canada l'an dernier comme le premier candidat de la province de la Nouvelle-Écosse en vertu de ce nouveau programme.

Comme mon passé vous permettra de mieux comprendre mes propos, je vais vous en parler un peu. J'ai été rédacteur et réviseur de la chronique juridique dans plusieurs journaux des États-Unis ainsi que directeur de l'information et éditorialiste d'un des plus grands quotidiens juridiques de ce pays. Je suis aujourd'hui expert-conseil auprès d'entreprises en matière de politiques et de procédures. Je travaille actuellement à contrat sur une question qui suscite de l'intérêt ces temps-ci aux États-Unis, à

I am here to support Bill S-17 and ask for your support for it because it corrects what I believe is an inequity in the existing law. It appears to be a longstanding inequity and the department that normally one might expect to resolve this issue seems to be opposed to fixing it. We saw that in the testimony before this committee last week.

The problem is that between the 1977 Citizenship Act and one or two court rulings since then, notably *Benner*, we can break Canadian citizens into several categories — those who were born in Canada before and after 1977, and those who were born outside of Canada before and after 1977. The group loosely called the “lost Canadians” is the only one that appears to have a more difficult time in having their rights protected under Canadian law as a result of this inequity.

As you can see, those born outside Canada are what I would call “protected,” in the sense that they can simply write a letter of application to the minister to have their citizenship restored; and in a matter of a couple of weeks or something like that, they are Canadians again. They do not go through something called the “resumption process.” That applies whether they were born in Canada or outside. It is a different situation for those people who were born in Canada before 1977.

The testimony received before the committee last week from the department is that these people — we will call them the lost Canadians — should be treated fairly. The definition of “fairness” is that they are treated the same as everyone else.

If we look at the chart here — and I think you have a copy of it — and I am not a lawyer, but if you go through the citizenship policy manual, it appears that there are different criteria for restoring citizenship to people identified here.

There is no oath requirement for two of these categories but the lost Canadians would be required to take an oath. There is a waiting period to be admitted for immigration. This does not affect the people in the first two columns on your chart, but it is applied against the lost Canadians. There is a one-year waiting period required after immigration for lost Canadians but for no one else. Permanent residency is required of the lost Canadians but not of the other two categories. Citizenship is automatic upon application for the first two categories but not for the lost Canadians. Lost Canadians have the distinction of being subject to the security and criminality checks, not once but twice, while neither of the other categories must undergo them.

I guess I would liken this situation to: You get to choose your friends but not your relatives. The Department of Citizenship and Immigration came before this committee last week and said clearly that what it wants to do with these lost Canadians is choose its relatives. I do not dispute for a moment there may be some people who might come back to Canada under Bill S-17, if

savoir aider les entreprises à se préparer à subir une vérification financière en application de la loi Sarbanes-Oxley sur les valeurs boursières.

Je suis ici pour manifester mon appui pour le projet de loi S-17 et vous demander d'en faire autant parce que le texte corrige ce que j'estime être une injustice du droit actuel. Cette injustice existe de longue date et le ministère dont on pourrait normalement s'attendre qu'il règle le problème semble être contre. Nous l'avons vu dans les témoignages entendus devant le comité la semaine dernière.

Le problème est qu'entre la Loi sur la citoyenneté de 1977 et une ou deux décisions des tribunaux depuis, notamment dans l'affaire *Benner*, on peut classer les citoyens canadiens en plusieurs catégories — ceux qui sont nés au Canada avant et après 1977 et ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada avant et après 1977. Le groupe que l'on appelle «les Canadiens oubliés» est le seul qui semble avoir plus de difficultés à faire protéger ses droits en vertu de la législation canadienne par suite de cette injustice.

Comme vous pouvez le constater, ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada sont ceux que j'appelle «les protégés», en ce sens qu'ils peuvent se contenter de faire parvenir une demande au ministre pour retrouver leur citoyenneté; en quelques semaines, c'est chose faite. Ils n'ont pas à suivre ce que l'on appelle parfois «la réintégration dans la citoyenneté». C'est la filière à suivre, peu importe s'ils sont nés au Canada ou à l'étranger. La situation est différente pour ceux qui sont nés au Canada avant 1977.

Les représentants du ministère qui ont témoigné ici la semaine dernière ont dit que ces gens — appelons-les les Canadiens oubliés — devraient être traités équitablement. Par équitablement, nous voulons dire qu'ils devraient être traités comme les autres.

Selon le tableau que nous avons ici — je pense que vous l'avez — bien sûr je ne suis pas juriste, mais si l'on consulte le guide des politiques de citoyenneté, il semble y avoir des critères différents pour permettre aux personnes désignées ici de recouvrer leur citoyenneté.

Les personnes faisant partie de deux de ces catégories n'ont pas à prêter serment, mais les Canadiens oubliés eux devraient le faire. Il y a une période d'attente pour être jugé admissible à l'immigration. Les personnes des deux premières colonnes de votre tableau ne sont pas visées, mais les Canadiens oubliés eux doivent s'y soumettre. Ces derniers sont les seuls à devoir attendre un an après avoir été jugés admissibles à l'immigration. Ils doivent avoir la résidence permanente alors qu'on ne l'exige pas des deux autres catégories. La citoyenneté est accordée sur demande aux deux premières catégories, mais non pas aux Canadiens oubliés. Ces derniers ont la particularité d'être assujettis à des vérifications de sécurité et de casier judiciaire, deux fois plutôt qu'une, alors que les membres des autres catégories n'y sont pas soumis.

C'est un peu comme dire qu'on peut choisir ses amis mais pas ses parents. Des représentants du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration ont comparu devant le comité la semaine dernière et ont clairement dit que ce qu'on veut faire dans le cas de ces Canadiens oubliés, c'est choisir leurs parents. Je ne conteste pas le fait qu'il peut y avoir des gens qui pourraient revenir au Canada

it were enacted, that I might not want to invite to dinner; but I do not get to choose my relatives and this is not an immigration matter.

CIC speaks as if citizenship and immigration are joined at the hip, and they are not the same thing. They should not be subject to reliance upon one another. They are definitely related, but as the spokesperson for the department said last week, you either are or are not a citizen. This really is not an immigration matter, although much of the testimony was directed toward resumption, which involves immigration processing.

We got to this happy state, as I understand it, because the law that went into effect in 1977 had various problems. In the testimony before the House — and I do not recall whether it was also before the Senate — quite a number of problems were pointed out by lawmakers. I understand the department's position to have been, "Well look, this is the best we can do right now and if we do not do it this year, it will probably be a couple of years before we can come back and do this again, because we have to go through hearings and everything. Take it or leave it. Pass this thing now and we will clean up the loose ends later." Parliament passed the law and right now we are still dealing with one of the loose ends.

I want to mention something that does not come up very often. There seems to be a prevailing notion, when people do not think about it too much — I run into it a lot and that is why I will mention it here — that there is an emphasis on demonstrating one's attachment to Canada and whether these are really Canadians. After all, you left at age 5 or age 10. What do you know? I would point out that the first five years or so of anyone's life are probably the most impressionable years, and I think that any number of psychological studies would bear that out.

It is worth keeping that in mind when, let us say, a family moves to the United States, it can be likened to a bubble moving across the 49th parallel. They do not shed their Canadian ethics, values or ways by virtue of crossing the border — all of that moves with them, especially for someone like me, who was thoroughly familiar and in love with the icons of Canada and what they stood for, as I understood them at that tender age. You cannot live on the Manitoba prairie and not have an appreciation for your proper place in nature when a thunderstorm hits. When the house is shaking and you think the windows will break, that really puts you in your place. Nature, the way people relate to one another, civility and all the clichés that go with these icons move with you.

I remember wandering into a drugstore at age seven and asking where the rubbers were, and for some reason the clerk thought that was funny. I just wanted a pair of what turned out to be galoshes down there.

The household does not change; the values do not change and you grow up in that environment. Sure, you are in another country, but you are in a Canadian household. Very often, people I speak with act as though some magical change overcame your

en vertu du projet de loi S-17, s'il était adopté, et que je pourrais ne pas souhaiter voir à ma table; mais je ne choisis pas mes parents, ce n'est pas une question d'immigration.

Le ministère s'exprime comme si la citoyenneté et l'immigration étaient indissociables, mais ce n'est pas la même chose. Elles ne devraient pas dépendre l'une de l'autre. Elles sont certainement liées, mais comme l'a dit la semaine dernière le porte-parole du ministère, de deux choses l'une, ou vous êtes citoyen ou vous ne l'êtes pas. Bien que la majeure partie du témoignage ait porté sur le recouvrement de la citoyenneté, ce n'est vraiment pas une question d'immigration qui concerne les formalités d'immigration.

Nous en sommes arrivés là, si je comprends bien, parce que la loi qui est entrée en vigueur en 1977 posait divers problèmes. Au cours de leur témoignage devant la Chambre — je ne me souviens pas s'ils ont aussi comparu devant le Sénat — les législateurs ont signalé un bon nombre de ces problèmes. Je crois savoir que la position du ministère consistait à dire: «Eh bien, c'est le mieux que nous puissions faire maintenant et si nous ne le faisons pas cette année, il faudra probablement attendre quelques années avant que nous puissions y revenir et recommencer, parce que nous devons tenir des audiences et tout le reste. C'est à prendre ou à laisser. Adoptez le projet de loi et nous réglerons plus tard ce qui ne va pas.» Le Parlement a adopté la loi et maintenant nous en sommes encore à régler ce qui ne va pas.

Je veux mentionner quelque chose dont on ne parle pas très souvent. L'idée semble couramment admise, et les gens n'y réfléchissent pas trop — je le constate souvent et c'est pourquoi je tiens à le mentionner ici — il faut manifester son attachement au Canada et montrer qu'il s'agit de véritables Canadiens. Après tout, on est parti à l'âge de cinq ans ou de dix ans. Que savez-vous? Je dirais que les cinq premières années de vie sont probablement celles qui vous marquent le plus, et je pense que bien des études de psychologie le montrent.

Il faut savoir que lorsque, par exemple, une famille déménage aux États-Unis, on peut la comparer à un petit univers qui franchit le 49^e parallèle. Cette famille ne renonce pas à ses valeurs ni à ses façons de faire parce qu'elle traverse la frontière — elle les emporte avec elle, surtout s'il s'agit de quelqu'un comme moi qui connaissais bien et raffolait des symboles du Canada et de ce qu'ils représentaient pour moi dans mon jeune âge. On ne peut pas vivre dans la prairie manitobaine et ne pas comprendre la place qu'on occupe au sein de la nature quand l'orage éclate. Quand la maison tremble et qu'on pense que les carreaux vont éclater, ça vous fait vraiment relativiser votre situation. La nature, la façon dont les gens s'entendent, la bonne entente et tous les clichés inséparables de ces symboles, vous les emportez avec vous.

Je me souviens d'être entré dans une pharmacie à sept ans et d'avoir demandé où se trouvaient les caoutchoucs, le commis avait semblé s'en amuser. Je voulais seulement une paire de couvre-chaussures.

Le milieu familial ne change pas; les valeurs ne changent pas et on grandit dans ce milieu. Bien sûr, on est dans un autre pays, mais on est un foyer canadien. Très souvent, les gens s'adressent à moi comme si un changement s'était opéré par magie une fois la

household when you crossed the border and suddenly you are someone else. I am here to point out that these characteristics that you take with you from Canada, even at an early age, stick with you for the rest of your life.

A couple of months ago, I remember a manager seeming a bit "bent out of shape" when he discovered I was from Canada. I said, "What is the matter?" He said, "How come when I get someone who knows what he is doing around here, it turns out he is from Canada?" All my life, I have been told by people, in one form or another, that I was different. At first, it was the obvious things, like accent. Of course, I was saying, "What accent?"

I would suggest that just because we did not live here does not mean that we did not pay attention to every scrap of news that we came across, that we suddenly lost our affinity or our love for the icons that we were exposed to in the first instance. This will sound sappy, but I still have a soft spot for the RCMP. It did my heart good when I came into Halifax airport in Nova Scotia and was driving down the freeway and noticed I was doing the speed limit. I thought, "OK, he is not going to stop me so I will get a chance to talk to the passing Mountie." It sounds ridiculous but it sometimes carries over.

I feel that Bill S-17 would basically restore the lost Canadians to a level playing field, something that they do not now enjoy. There are two ways to go about it, one of which is to restore our citizenship; the other is to simply take away these citizenship privileges that were bestowed upon others retroactively in 1977 as a result of one or two Supreme Court and Federal Court rulings.

I do not think anyone will say for a minute that it is a good idea to go back and undo the 1977 changes. We are not asking for anything extraordinary here. We are simply asking to be recognized in the same way as other Canadians are who were born outside of the country and maybe never set foot here; who were somehow estranged from Canada; made adult choices to go somewhere else; made adult choices to give up their Canadian citizenship because they were marrying someone in another country; made adult choices to give up their Canadian citizenship because it was, somehow, convenient for or even necessary to their family.

Those people have had their citizenship restored on application. They simply write a letter and they are done; that is the extent of the process.

When I applied for my citizenship certificate, there were about 55 documents covering official government identification forms and all the rest of it spanning several generations of my family. I was put through something that I could only describe as an inquisition by my evaluator in Sydney, for no reason that I could establish. She reached the point of questioning the validity of documents issued by people just like her from the Canadian, American, British and Mexican governments. This binder is from Senator Kinsella's office and is still as it was when I handed it

frontière traversée, et que soudainement j'étais devenu quelqu'un d'autre. Je suis ici pour dire que ces traits qu'on emporte avec soi quand on quitte le Canada, même à un très jeune âge, vous restent pour toujours.

Je me souviens qu'il y a quelques mois, un gestionnaire a semblé un peu décontenancé quand il a appris que j'étais originaire du Canada. Je lui ai demandé ce qui l'étonnait. Il a dit: «Comment se fait-il que chaque fois que j'ai affaire à quelqu'un qui sait ce qu'il a à faire, c'est quelqu'un du Canada?» Toute ma vie, des gens m'ont dit, pour une raison ou pour une autre, que j'étais différent. D'abord, pour des raisons évidentes, comme mon accent. Naturellement, je demandais de quel accent on parlait.

Je dirais que ce n'est pas parce que nous ne vivions pas ici que nous ne nous intéressions pas à la moindre nouvelle qui nous parvenait, que nous avions subitement perdu notre intérêt ou notre dévotion pour les symboles que nous avions autrefois connus. Je vais vous paraître un peu fleur bleue, mais j'ai toujours un faible pour la GRC. Ça m'a réchauffé le cœur quand je suis arrivé à l'aéroport de Halifax en Nouvelle-Écosse; je roulais le long de l'autoroute et j'ai remarqué que je roulais à la vitesse permise. Je me suis dit «Bon, il ne va pas m'arrêter et pour que j'aie ainsi l'occasion de causer avec cet agent de la GRC qui me dépasse». Cela semble ridicule, mais ça vous prend parfois.

Je pense que le projet de loi S-17 permettrait à ces Canadiens oubliés de bénéficier de chances égales, ce dont ils sont privés maintenant. Il y a deux façons de s'y prendre, soit nous permettre de recouvrer notre citoyenneté; soit simplement de retirer ces privilèges de citoyenneté qui ont été accordés à d'autres rétroactivement en 1977 à la suite d'une ou deux décisions de la Cour suprême et de la Cour fédérale.

Je ne pense pas du tout qu'on puisse dire que c'est une bonne chose de revenir en arrière et de supprimer les changements apportés en 1977. Nous ne demandons rien d'extraordinaire. Nous demandons simplement d'être reconnus de la même manière que les autres Canadiens qui sont nés à l'extérieur du pays et qui n'ont peut-être jamais mis les pieds ici; qui ont été de quelque manière séparés du Canada; qui à l'âge adulte ont décidé d'aller ailleurs; qui à l'âge adulte ont décidé de renoncer à leur citoyenneté canadienne parce qu'ils avaient épousé quelqu'un d'un autre pays; qui à l'âge adulte ont décidé de renoncer à leur citoyenneté canadienne parce que, pour une raison quelconque, c'était pratique ou nécessaire pour leur famille.

Ces gens ont recouvré leur citoyenneté sur demande. Il leur suffit d'écrire une lettre et c'est fait; c'est tout.

Quand j'ai demandé mon certificat de citoyenneté, il y avait 55 documents, des formulaires d'identification officielle du gouvernement et tout cela couvrait plusieurs générations de ma famille. J'ai été soumis à ce que je ne peux décrire que comme une séance d'inquisition par l'évaluateur que j'ai rencontré à Sydney, sans que j'en comprenne la raison. Elle a fini par remettre en question la validité de documents émis par des gens occupant des postes tout à fait semblables au sien au sein des gouvernements du Canada, des États-Unis, de la Grande-Bretagne et du Mexique.

over to him. If anyone would care to flip through it after this meeting, I am sure it will be fine with Senator Kinsella's office. There is an index at the front that contains a remarkable list of documents that I am sure few, if any, could assemble in little time. I assembled them over the course of years and at substantial personal cost, but it still was not enough. I received a letter saying that they could not conclusively say that I was not a citizen.

I do not know what that meant exactly and I am not sure the department knows. My understanding is that two evaluators in the department concluded I was definitely a citizen. The department cites fairness and that resumption is a remedy for this. I will give the committee a copy of the *Glynos* decision, in which the court said, "1. Resumption is not a remedy. 2. You cannot duck out of court, as you are asking us to, in order to avoid this question; we will decide this thing."

Glynos says that given two paths toward citizenship, you cannot force someone to take the harder of the two paths. Yet a department representative was here last week recommending and explaining why we should do just that: We do not need Bill S-17 because we have a resumption process that is easy. Allow me to say that what is in that binder is not easy. *Glynos* has already told them what they need to do with something like this but they are slow to learn from it.

I would like to see as much consideration given to the lost Canadians as to honorary citizenship for a killer whale off the coast of British Columbia or to a former insurgent from South Africa. For that matter, I would like to see as much consideration as was given to the desecrated carcass of a one-winged whooping crane recently returned to a museum in the Northwest Territories because he was, after all, born in Canada and deserved to be here. The government was involved in a many-years-long struggle to retrieve that whooping crane, and thus far we have met, from the citizenship department, resistance to the very idea that we are anywhere near the same as any of these other groups.

Mr. Don Chapman, as an individual: Canada seems to have an identity problem. The country does not really seem to know what being a Canadian citizen is, but when it comes to defining what is not a Canadian, clearly it is a lost Canadian child. This is really Canada's shame. What kinds of parents turn their backs on their own children?

CIC has been consistent in saying that we are not citizens. They are inconsistent on almost everything else. I have been at this for over 30 years — trying to get back to my own country. I started a Web page three immigration ministers ago and I probably know

Ce cartable provient du bureau du sénateur Kinsella et est dans le même état que quand je lui ai remis. Si vous voulez bien vous donner la peine de le consulter à la fin de la séance, je suis sûr que le bureau du sénateur Kinsella n'y verra aucune objection. Il s'y trouve au début un index qui contient une longue liste de documents que peu d'entre vous, s'il en est, pourraient réunir rapidement. Il m'a fallu des années pour le réunir, moyennant des dépenses non négligeables, mais ce n'était pas encore assez. J'ai reçu une lettre où l'on me disait que l'on ne pouvait pas confirmer que je n'étais pas citoyen.

Je ne sais pas ce que cela signifie exactement et je ne suis pas sûr que le ministère le sache. Je crois savoir que deux évaluateurs au ministère ont conclu que j'étais certainement un citoyen. Le ministère parle d'équité et dit que la réintégration dans la citoyenneté est une mesure corrective dans ce cas. Je vais remettre au comité la décision *Glynos*, où le tribunal dit premièrement que la réintégration dans la citoyenneté n'est pas une mesure corrective et ensuite qu'on ne peut pas esquiver le tribunal, comme on lui demande de le faire, pour éviter cette question; c'est le tribunal qui tranchera.

Selon la décision *Glynos*, devant deux moyens d'acquisition de la citoyenneté, on ne peut forcer quelqu'un à opter pour le plus difficile des deux. Pourtant, un représentant du ministère est venu ici la semaine dernière recommander que nous le fassions et il a expliqué pourquoi: Nous n'avons pas besoin du projet de loi S-17 parce que nous avons une formalité de réintégration dans la citoyenneté qui est simple. Permettez-moi de dire qu'il n'a pas été simple de réunir le contenu de ce cartable. La décision *Glynos* leur a déjà dit ce qu'ils doivent faire dans un cas comme celui-là, mais ils ne saisissent pas vite.

J'aimerais qu'on accorde autant d'attention aux Canadiens oubliés que lorsqu'on accorde la citoyenneté à titre honorifique à un épaulard au large de la côte de la Colombie-Britannique ou à un ancien insurgé d'Afrique du Sud. J'aimerais qu'on leur accorde autant d'attention qu'on en a accordé récemment aux restes profanés d'une grue blanche d'Amérique qui n'avait plus qu'une aile et qu'on a rendue à un musée des Territoires du Nord-Ouest parce qu'après tout elle venait du Canada et y avait sa place. Le gouvernement a lutté pendant de nombreuses années pour ravoier cette grue blanche. Jusqu'à maintenant, le ministère de la Citoyenneté s'est toujours opposé à l'idée même que nous puissions même de loin être considérés comme l'un ou l'autre de ces groupes.

M. Don Chapman, témoignage à titre personnel: Le Canada semble avoir un problème d'identité. Au pays on ne semble pas bien savoir ce qu'est un citoyen canadien, et quand vient l'heure de dire qui n'est pas Canadien, évidemment c'est un canadien oublié. C'est une véritable honte pour le Canada. Quel genre de parents renient leurs propres enfants?

Le ministère a constamment affirmé que nous n'étions pas des citoyens. Il manque de constance sur presque tout le reste. Je m'occupe de cette affaire depuis plus de 30 ans — essayer de revenir dans mon pays. J'ai créé un site Web du temps du

more lost Canadian people than anyone else. I am so ashamed of Canada. These are wonderful people who are Canadians and you have turned your back on your own.

My father died three months ago. He was not even able to be a member of the Canadian Legion. I know you are a cardiologist, Senator Keon, and my father was an orthodontist. He left the practice because he had arthritis in his hands. It was not because he wanted to depart from Canada; it was quite the opposite, because we kept our ties.

We are guilty only of having a father who took out citizenship in another country when we were minor children. We are guilty of being in love with our homeland. Sometimes I ask why in the world I am doing this. I was so lucky. I have come to know some of the Tuskegee Airmen, a contingent of black pilots who flew in World War II. Several of them flew for the Canadian Air Force. Last July, and again about one month ago, I was at one of their conventions. I keep asking them about after the war, when they were in France, where they were treated so well, and yet they returned to the United States of the 1940s, when being black was not the same as it is now. I asked them why they did it. I related so well. They said they did it because they had to correct it for the next generation. There was something wrong in their country and they could not turn their backs on it.

With that, I look around the table at five female senators. If you cannot facilitate change, then pack your bags and go home. You are here now because of five other women, as honoured in the statue to the north side of this room.

Senator Fairbairn: You are right.

The Deputy Chairman: Senator Fairbairn sponsored that and I seconded it in the Senate, by the way.

Mr. Chapman: You are here because of them. By the way, Mr. Bosdet is a landed immigrant, I am a landed immigrant, and Ms. Magali Castro-Gyr is now a citizen, but her brother is stateless. We are not here because we could not get in, but I know many people who could not. If you had childhood diabetes or leukemia you would fail the medical and not get in. You are here because someone took a stance, and I admire that. Look what Canada got. They took a risk by letting women in and what did you get? — Senator Callbeck, the first premier; and Senator Robertson, the first cabinet member from New Brunswick. Why not? Read the plaque on that statue and read the Citizenship Act, 2004. There is about 60 years' difference in time. These laws were written in more barbarous times and they are not relevant today. That is true of the act that classified married women, children, lunatics and idiots with the same disability. Today, Canada has changed the law for everyone but the one group who could not speak for themselves.

prédécesseur du dernier ministre de l'Immigration et je connais probablement plus de Canadiens oubliés que quiconque. Le Canada me fait tellement honte. Ce sont des gens formidables qui sont Canadiens et vous reniez les vôtres.

Mon père est mort il y a trois mois. Il n'a même pas pu devenir membre de la Légion canadienne. Je sais que vous êtes cardiologue, sénateur Keon, et mon père était orthodontiste. Il a renoncé à son métier parce qu'il souffrait d'arthrite aux mains. Ce n'était pas parce qu'il voulait quitter le Canada; c'était plutôt le contraire, puisque nous y avons gardé des liens.

Nous ne sommes coupables que d'avoir eu un père qui a pris la citoyenneté d'un autre pays quand nous étions enfants. Nous sommes coupables d'avoir été épris de notre patrie. Parfois, je me demande pourquoi bon sang je fais cela. J'ai eu tellement de chance. J'ai connu certains des aviateurs Tuskegee, un contingent de pilotes noirs de la Seconde guerre mondiale. Plusieurs d'entre eux ont volé pour l'Aviation canadienne. En juillet dernier, et le mois dernier, j'ai assisté à leur congrès. Je leur demande toujours ce qu'il est arrivé après la guerre, quand ils étaient en France, où on les a si bien traités, et pourtant ils sont rentrés aux États-Unis dans les années 40, à une époque où être Noir, ce n'était pas comme aujourd'hui. Je leur ai demandé pourquoi ils l'avaient fait. Je les comprenais tellement. Ils ont dit que c'était parce qu'ils devaient corriger la situation pour la prochaine génération. Il y avait quelque chose qui n'allait pas dans leur pays et ils ne pouvaient pas en faire fi.

Cela dit, je vois qu'il y a cinq sénatrices ici présentes. Si vous ne pouvez pas faire changer les choses, alors prenez vos affaires et rentrez chez vous. C'est grâce à cinq autres femmes que vous êtes ici, des femmes en l'honneur desquelles on a érigé un monument au nord de la salle où nous nous trouvons.

Le sénateur Fairbairn: C'est juste.

La vice-présidente: C'est le sénateur Fairbairn qui avait présenté cette proposition et je l'ai appuyée au Sénat, soit dit en passant.

M. Chapman: C'est grâce à elles que vous êtes ici. À propos, M. Bosdet est un immigrant reçu, je suis immigrant reçu et Mme Magali Castro-Gyr est maintenant citoyenne, mais son frère est apatride. Nous ne sommes pas ici parce que nous ne pouvions pas être admis, mais je connais bien des gens qui ne le pouvaient pas. Ceux qui étaient atteints de diabète infantile ou de leucémie ne satisfaisaient pas aux critères médicaux et n'étaient pas admis. Vous êtes ici parce que quelqu'un s'est affirmé, et c'est quelque chose que j'admire. Regardez ce qu'a obtenu le Canada. On a eu l'audace d'admettre des femmes et qu'est-ce que cela a donné? Le sénateur Callbeck, première ministre; et sénateur Robertson, premier membre du cabinet du Nouveau-Brunswick. Pourquoi pas? Lisez la plaque au bas de cette statue et lisez la Loi sur la citoyenneté de 2004. Une soixantaine d'années se sont écoulées entre les deux. Ces lois ont été écrites en des temps plus barbares et elles n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui. C'est le cas de la loi qui mettait sur le même pied les femmes mariées, les enfants, les lunatiques et les idiots. Aujourd'hui, le Canada a changé la loi pour tout le monde sauf pour le groupe qui ne pouvait pas s'exprimer.

Thank you for saying that you have heard me but do not want this publicity, although I will not go away. I am high on the radar. We do not know if my brother and sister are Canadians yet but we think they are. They are either stateless or they are Canadians. This law has split families so badly. We have cases where the parents are now Canadians and the children are not. We have cases where the children are Canadians but the parents are not. To resume my citizenship and show my commitment to Canada, I had to leave my mother, who was widowed three months ago. I told her that I love her but I had to show commitment to Canada.

We do not have time for more so I will conclude this way. To show you how totally unfair this, allow me to say that I could have bought my way into Canada. This is not right. This is a country of equality. A year and one-half ago, an American gave a \$1-million donation to a museum in Quebec, and about two weeks later he received a call from Jean Chrétien to say, "Thank you. Would you like your citizenship?" The gentleman said, "No, you have to be kidding. I never even thought of that." Within one month, he was a full-bred Canadian citizen. How does that make me feel?

My family has given more than four times that much. There are 1,000 students going to school right now because of my family. That is my great, great uncle. That is an original picture of him on the Supreme Court of Canada. This is a picture of him and the Fathers' of Confederation. The house that Pugwash built. You have one senator who is very interested in the Pugwash conference. That is my great, great grandfather's house. That is a picture of me in the *Vancouver Sun*. I was playing hockey when I was a kid. I am so tied to this country; I have never been an American.

Mr. Bosdet: That is the truth, because half the time I try to reach him at home, he is either playing a hockey game or not at home.

Mr. Chapman: This is something that is important for Canada because it is no different from the Famous Five. Sometimes, you have to take a risk. This is a citizenship issue.

Last is the issue of the Canadian Bill of Rights, 1960. Canada is in violation of so many international laws here and the UN is about to cite Canada on this one for being in violation of the 1991 Convention on the Rights of the Child. They have to live up to obligations. The 1960 Bill of Rights, which either was ignored last week or forgotten but is huge, gave equal rights to children, and there were only three ways to lose your citizenship. None of us did any of them. Canada is ignoring its own laws. Thank you. I am at the Sheraton Hotel tonight. Call me. I can stay tomorrow. I can do anything you like. This is my country; it is too good a country to allow two classes of people like they had in Germany, one with rights, one without. Thank you.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Chapman.

Merci d'avoir dit que vous m'avez entendu, mais je ne voulais pas cette publicité, même si je ne disparaîtrai pas. Je suis très visible. Nous ne savons pas si mon frère et ma soeur sont Canadiens encore, mais nous pensons qu'ils le sont. Ils sont soit apatrides, soit Canadiens. Cette loi a très cruellement séparé des familles. Nous connaissons des cas où des parents sont maintenant Canadiens, mais non les enfants. Nous connaissons des cas où les enfants sont Canadiens, mais non leurs parents. Pour réintégrer la citoyenneté canadienne, montrer mon attachement au Canada, j'ai dû quitter ma mère, qui est devenue veuve il y a trois mois. Je lui ai dit que je l'aimais mais que je devais aller montrer mon attachement au Canada.

Il ne nous reste plus de temps et je vais conclure. Pour vous montrer à quel point tout cela est injuste, permettez-moi de dire que j'aurais pu payer mon admission au Canada. Ce n'est pas juste. C'est une terre d'égalité. Il y a un an et demi, un Américain a fait un don de 1 million de dollars à un musée au Québec et deux semaines plus tard, il a reçu un appel de Jean Chrétien qui lui disait: «Merci. Voudriez-vous la citoyenneté?» L'homme a dit: «Non, vous rigolez. Je n'y avais jamais pensé». En moins d'un mois, il était pleinement reconnu citoyen canadien. Qu'est-ce que cela me fait, pensez-vous?

Ma famille en a donné plus du quadruple. Il y a un millier d'étudiants qui poursuivent des études en ce moment grâce à ma famille. C'est mon arrière grand-oncle. C'est une photographie originale de lui à la Cour suprême du Canada. C'est une photographie de lui et des pères de la Confédération. La maison que Pugwash a bâtie. Il y a un sénateur que la conférence de Pugwash intéresse beaucoup. C'est la maison de mon arrière-arrière grand-père. C'est une photographie de moi au *Vancouver Sun*. Je jouais au hockey quand j'étais enfant. Je suis tellement attaché à ce pays; je n'ai jamais été Américain.

M. Bosdet: C'est la vérité, parce que la moitié du temps quand j'essaie de le joindre chez lui, il est soit parti jouer au hockey, soit ailleurs.

M. Chapman: C'est quelque chose d'important pour le Canada et c'est comme les célèbres Cinq. Parfois, il faut oser. C'est une question de citoyenneté.

Enfin, il y a la question de la Déclaration canadienne des droits, de 1960. Le Canada enfreint de nombreuses lois internationales et l'ONU est en train de reprocher au Canada d'avoir enfreint la convention relative aux droits de l'enfant adoptée en 1991. Il doit respecter ses obligations. La Déclaration des droits de 1960, dont on a fait fi la semaine dernière ou qu'on a oubliée, mais qui demeure importante, a reconnu des droits égaux aux enfants, et il n'y avait que trois moyens de perdre sa citoyenneté. Aucun de ces moyens ne correspond à nos situations. Le Canada fait fi de ses propres lois. Merci. Je suis à l'hôtel Sheraton ce soir. Appelez-moi. Je peux rester demain. Je peux faire ce que vous voulez. C'est mon pays; c'est un trop bon pays pour qu'on y permette deux catégories de gens comme c'était le cas en Allemagne, où certains avaient des droits et d'autres pas. Merci.

La vice-présidente: Merci beaucoup, monsieur Chapman.

Senator Morin: Last week we were unable to get the number of lost Canadians. I know, Mr. Chapman, you have a Web site and a number of people have responded to it. Do you have a rough idea of how many people we are talking about here?

Mr. Bosdet: Mr. Chapman hears from a lot of people, as one would if one has a Web site. I wonder whether a more accurate barometer might be the people we know. In Southern California where I was living, I do not know how many scores of Canadians I knew. I was actually thinking at that time, how many of those people talked about returning to Canada? I could not think of any. I thought that was remarkable, but not so much so after I thought about it, because there were some different reasons for them to stay. Either they went there for a particular reason and became attached to the place, or they went there under one condition and now had family and friends and all the rest of it. I could not imagine that someone would not want to return. I thought, "All right. I can kind of understand it." I do not know how anyone could put a number on it.

Senator Morin: I am sorry about that but I would like to have a ballpark number.

The Deputy Chairman: Actually, this is a good, yes.

Senator Morin: Is it 1,000, 500,000, 50,000 or 550,000?

Mr. Chapman: If I had to take a wild guess, I would say about 100,000. There are probably 100,000 inside Canada. If you read the reports, there were people who did not know they were lost Canadians, living all their lives in Canada, until they applied for their pension. I know of one man right now living on the streets of Toronto, with no country and no social insurance number.

The Deputy Chairman: That is right.

Mr. Bosdet: There are many lost Canadians in Canada right now who do not realize it.

The Deputy Chairman: Yes.

Mr. Bosdet: I discovered a cousin's father, whatever that makes him relative to me, who was denied a pension. The only reason he got it eventually was because the minister who baptized him was still alive. This man was 70 years old and the minister was much older than that. He was really fortunate, because there were no records for that period in the county where he was born. There are many people like that. We have received e-mails from people who say they are worried and what do we think of their case. They are afraid to ask the government because of what they have heard about what other people have gone through.

The Deputy Chairman: There have been many cases cited in the newspaper as well as in Mr. Chapman's work.

Mr. Chapman: We even had one person abducted from Canada as a child who cannot get home. I have so many gut-wrenching stories. I am sorry we do not have the time.

Le sénateur Morin: La semaine dernière, nous n'avons pas pu obtenir le nombre de Canadiens oubliés. Je sais, monsieur Chapman, que vous avez un site Internet et que bien des gens vous ont ainsi contacté. Avez-vous une certaine idée du nombre de gens dont il serait ici question?

M. Bodet: M. Chapman communique avec beaucoup de gens, comme c'est le cas quand on a un site web. Je me demande s'il ne serait pas plus exact de nous en tenir aux gens que nous connaissons. Dans le sud de la Californie où je vivais, j'ai connu d'innombrables Canadiens. Je demandais en fait à l'époque combien de ces gens pensaient à rentrer au Canada. Je n'en voyais aucun. Je trouvais cela incroyable, mais pas tant que cela après y avoir réfléchi, parce qu'ils avaient d'autres raisons de rester. Soit qu'ils étaient venus là pour une raison donnée et s'étaient attachés à cet endroit, soit ils y étaient allés pour certaines raisons et avaient maintenant famille et amis et tout le reste. Je n'arrivais pas à imaginer qu'on ne veuille pas rentrer. Je me suis dit «Ça va. Je peux finalement comprendre.» Je ne vois pas comment on pourrait les dénombrer.

Le sénateur Morin: Je regrette, mais je m'attendais à ce que vous nous donniez un chiffre approximatif.

Le sénateur Morin: En fait, c'est un bon nombre, oui.

Le sénateur Morin: Est-ce 1 000, 500 000, 50 000 ou 550 000?

M. Chapman: Si je devais faire une supposition, je dirais environ 100 000. Ils sont probablement 100 000 au Canada. Si vous lisez les comptes rendus, il y a des gens qui ne savaient pas qu'ils étaient des Canadiens oubliés, qui ont vécu toute leur vie au Canada, jusqu'à ce qu'ils demandent leur pension. Je connais un homme qui vit maintenant dans la rue à Toronto, sans pays, sans numéro d'assurance sociale.

La vice-présidente: C'est vrai.

M. Bosdet: Il y a maintenant au Canada beaucoup de Canadiens oubliés qui ne le savent pas.

La vice-présidente: Oui.

M. Bosdet: J'ai retrouvé le père d'un cousin, peu importe son lien avec moi, qui n'a pas pu obtenir de pension. La seule raison pour laquelle il a fini par l'obtenir, c'est parce que le prêtre qui l'avait baptisé était toujours vivant. Cet homme avait 70 ans et le prêtre en question était beaucoup plus vieux. Il a eu vraiment beaucoup de chance, parce qu'on ne tenait pas de registre à l'époque dans le comté où il est né. Il y a beaucoup de gens dans cette situation. Nous avons reçu des courriels de gens qui disent être inquiets et nous demandent ce que nous pensons de leur cas. Ils ont peur de s'informer auprès du gouvernement en raison de ce qu'ils ont entendu au sujet de ce qu'ont subi d'autres personnes.

La vice-présidente: Beaucoup de cas ont été cités dans les journaux de même que dans l'ouvrage de M. Chapman.

M. Chapman: Nous avons même eu connaissance du cas d'une personne qui avait été enlevée du Canada quand elle était enfant et qui ne peut pas rentrer au pays. J'aurais tellement d'histoires déchirantes à vous raconter. Je regrette que nous n'en ayons pas le temps.

The Deputy Chairman: What is your Web site address?

Mr. Chapman: My website is www.lostcanadian.com. There is also www3.tellus.net/IamCanadian.

I would love to come back here to explain to you, because these are gut -wrenching stories. My dad was a colonel for Canada in World War II. He died not being able to be a member of the Canadian Legion. Senator Graham says the Senate is the place where you hold the level of justice. This is what this is here for, for people who have been overlooked. This is so clear-cut a case. I am sorry that Senator Morin did not hear this, but the average lost Canadian is 20 per cent better educated than the average American and makes twice as much. You are gaining, not losing. This will be a boon to you.

You need people. Here they are.

The Deputy Chairman: You looked at the testimony last week, when we had the departmental people here. There was a healthy degree of skepticism around this table in our questioning of the officials.

Mr. Chapman: Thank you. You have to go. I understand that. I will be at the Sheraton Hotel tonight. I could make myself available. Whatever you want.

The Deputy Chairman: We will be dealing with this piece of proposed legislation again next week, but I do not think we could have asked any more questions that would have been more enlightening than your presentation.

Mr. Chapman: I have a ton. One would be about Paul Martin recently defending the Kadhr family, saying that criminality is one thing; citizenship is another. I was a citizen of this country. I never vowed citizenship anywhere else. I never vowed citizenship to the United States.

The Deputy Chairman: That was one of my problems with the testimony of the departmental officials. They were treating it as an immigration situation and this is clearly a citizenship issue.

Mr. Chapman: Look at the Canadian Bill of Rights.

The Deputy Chairman: I have it hanging on my wall, because a Prime Minister that I once worked for brought it in.

Mr. Chapman: One, you had to be able to make a decision. However, a minor child is not able to make a decision. Two, you had to volunteer to give it up, which I did not. Three, if they revoked it, you had to have a hearing and due process. I never had it.

The Deputy Chairman: Exactly.

Mr. Chapman: You could not have spanked your child back then. Children had rights. People say that my father knew what he was doing. Almost without exception, everyone I come across has

La vice-présidente: Quelle est l'adresse de votre site Web?

M. Chapman: Mon site Web est le www.lostcanadian.com. Il y a aussi www3.tellus.net/IamCanadian.

J'aimerais beaucoup revenir pour vous donner plus d'explications, car ce sont des histoires à vous fendre le coeur. Mon père a été colonel dans l'Armée canadienne pendant la Seconde Guerre mondiale. Il est mort sans avoir pu devenir membre de la Légion canadienne. Le sénateur Graham affirme que la justice est l'une des valeurs du Sénat. C'est la raison d'être du Sénat que de défendre ceux qui ont été négligés. C'est manifestement le cas en l'occurrence. Je suis désolé que le sénateur Morin ne soit pas là, mais le Canadien oublié moyen est de 20 p. 100 mieux instruit que l'Américain moyen, et il gagne deux fois plus. Vous avez tout à gagner. Ce sera un atout pour vous.

Vous avez besoin de gens, eh bien, les voici.

La vice-présidente: Vous avez lu le témoignage des représentants du ministère que nous avons accueillis la semaine dernière. Vous avez sûrement pu constater le scepticisme dont ont fait preuve les membres du comité dans leurs questions à ces fonctionnaires.

M. Chapman: Merci. Vous devez partir, je le sais. Je serai à l'hôtel Sheraton ce soir. Je suis à votre disposition, si vous voulez me rencontrer de nouveau.

La vice-présidente: Nous reprendrons notre étude de ce projet de loi la semaine prochaine, mais je ne crois pas que les questions que nous aurions pu poser auraient été plus éclairantes que votre exposé.

M. Chapman: Moi, j'ai un tas de questions. Je me demande notamment pourquoi Paul Martin a récemment défendu la famille Kadhr et affirmé que la criminalité, c'est une chose, et que la citoyenneté en est une autre. Moi, j'étais citoyen de ce pays. Je n'ai jamais voulu être citoyen d'un autre pays. Je n'ai jamais prêté serment pour devenir citoyen américain.

La vice-présidente: C'est une des réserves que j'avais après avoir entendu le témoignage des fonctionnaires. Ils estiment que cette situation relève de l'immigration, alors que c'est manifestement une question de citoyenneté.

M. Chapman: Pensez à la Déclaration canadienne des droits.

La vice-présidente: Elle est sur mon mur, car nous le devons à un premier ministre pour qui j'ai travaillé.

M. Chapman: Premièrement, il fallait être habilité à prendre cette décision. Or, un mineur n'est pas habilité à prendre une telle décision. Deuxièmement, il fallait accepter de plein gré de renoncer à sa citoyenneté canadienne, ce que je n'ai pas fait. Troisièmement, si votre citoyenneté est révoquée, vous avez droit à une audience et à l'application régulière de la loi, ce que je n'ai jamais eu.

La vice-présidente: Exactement.

M. Chapman: Vous n'auriez pas pu donner la fessée à votre enfant à l'époque. Les enfants avaient des droits. Les gens disent que mon père savait ce qu'il faisait. Presque sans exception, tous

said, "We were told we could always go back." The borders were fluid back then. Read my stories. Please, contact me. I will answer any questions.

The Deputy Chairman: You should know that Senator Kinsella has done a very good job of acquainting us with your story.

Mr. Chapman: Thank you.

The Deputy Chairman: Your case is very familiar, even though we did not have a lot of time today — again, my apologies. As you can see by this mental health study that we are doing, we have some very compelling issues before us. I am very sorry we did not have the time to properly question you.

Mr. Chapman: By the way, Marlene Jennings, an M.P., was born in Canada to an American father. I was born in Canada to a Canadian father, who became an American. Why is she Canadian and I am not? There is such incredible inconsistency.

The Deputy Chairman: That is a good question, which ends the session.

Thank you again, Mr. Bosdet and Mr. Chapman. Once again, I express my apologies.

The committee adjourned.

ceux à qui j'ai parlé m'ont répondu qu'on leur avait dit qu'ils pourraient toujours rentrer au pays. À l'époque, les frontières étaient poreuses. Lisez ces histoires. N'hésitez pas à communiquer avec moi. Je répondrai à toutes les questions.

La vice-présidente: Je vous signale que le sénateur Kinsella nous a très bien informés de votre cas.

M. Chapman: Merci.

La vice-présidente: Nous connaissons bien votre cas, même si nous ne vous avons pas consacré beaucoup de temps aujourd'hui, et, encore une fois, je m'en excuse. Comme vous avez pu le voir, dans notre étude sur la santé mentale, des questions très importantes sont soulevées. Je suis désolée que nous n'ayons pas eu suffisamment de temps pour vous interroger convenablement.

M. Chapman: Soit dit en passant, Marlene Jennings, qui est députée, est née au Canada d'un père américain. Moi, je suis né au Canada d'un père canadien qui est ensuite devenu américain. Pourquoi est-elle canadienne et moi pas? C'est une incohérence insensée.

La vice-présidente: C'est une excellente question qui met fin à notre séance.

Merci encore, messieurs Bosdet et Chapman. Encore une fois, je vous présente mes excuses.

La séance est levée.

Human Resources and Skills Development Canada:

Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness;

Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness.

Individuals:

Pat Capponi;

Don Chapman;

Charles Bosdet.

De Ressources humaines et Développement des compétences Canada:

Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri;

Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri.

À titre personnel:

Pat Capponi;

Don Chapman;

Charles Bosdet.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, April 28, 2004

From the Alberta Mental Health Board:

Ray Block, Chief Executive Officer;

Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy & Liaison.

From the Nova Scotia Department of Health:

Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services.

From the British Columbia Ministry of Health Services:

Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions

Thursday, April 29, 2004

From the Correctional Service of Canada:

Larry Motiuk, Director General, Research;

Françoise Bouchard, Director General, Health Services.

From Simon Fraser University:

Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy (by videoconference).

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 28 avril 2004

Du Alberta Mental Health Board:

Ray Block, directeur général;

Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison.

Du ministère de la Santé de la Nouvelle Écosse:

Le Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins.

Du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique:

Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie.

Le jeudi 29 avril 2004

Du Service correctionnel du Canada:

Larry Motiuk, directeur général, Recherches;

Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé.

De l'Université Simon Fraser:

Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale (par vidéoconférence).

(Suite à la page précédente)





Third Session
Thirty-seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 5, 2004
Thursday, May 6, 2004

Issue No. 8

Seventh, eighth and ninth meetings on:

Mental health and mental illness

and

Third and final meeting on:

Bill S-17, An Act to amend
the Citizenship Act

INCLUDING:

**THE SIXTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-17)**

WITNESSES:

(See back cover)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 5 mai 2004
Le jeudi 6 mai 2004

Fascicule n° 8

Septième, huitième et neuvième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale

et

Troisième et dernière réunion concernant:

Le projet de loi S-17, Loi modifiant
la Loi sur la citoyenneté

Y COMPRIS:

**LE SIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le projet de loi S-17)**

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C., (or Rompkey, P.C.)	Léger
Callbeck	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), the membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Kinsella was substituted for that of the Honourable Senator Keon (*May 5, 2004*).

The name of the Honourable Senator Forrestall was substituted for that of the Honourable Senator Robertson (*May 5, 2004*).

The name of the Honourable Senator Keon was substituted for that of the Honourable Senator Kinsella (*May 6, 2004*).

The name of the Honourable Senator Robertson was substituted for that of the Honourable Senator Forrestall (*May 6, 2004*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p. (ou Rompkey, c.p.)	Léger
Callbeck	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Kinsella est substitué à celui de l'honorable sénateur Keon (*le 5 mai 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Forrestall est substitué à celui de l'honorable sénateur Robertson (*le 5 mai 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Keon est substitué à celui de l'honorable sénateur Kinsella (*le 6 mai 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Robertson est substitué à celui de l'honorable sénateur Forrestall (*le 6 mai 2004*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004
(16)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:05 p.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Forrestall, Kinsella, Kirby, LeBreton, Léger and Morin (10).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Benjamin Dolin, Howard Chodos and Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, April 1, 2004, the committee continued its study on Bill S-17, to amend the Citizenship Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 6.*)

The Honourable Senator LeBreton moved, that the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill S-17, to amend the Citizenship Act and report the bill to the Senate without amendment.

The question being put on the motion, it was adopted.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5.*)

WITNESSES:

From the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction:

David Kelly, Executive Director.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders;

Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program;

Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy.

David Kelly, Brian Rush, Wayne Skinner and Christine Bois each made a presentation and answered questions.

At 5:20 p.m., Senator LeBreton assumed the Chair.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004
(16)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Forrestall, Kinsella, Kirby, LeBreton, Léger et Morin (10).

Également présents: Du Service de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Benjamin Dolin, Howard Chodos et Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} avril 2004, le comité poursuit son étude du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 6 des délibérations du comité.*)

L'honorable sénateur LeBreton propose que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, et fasse rapport du projet de loi au Sénat, sans amendement.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario:

David Kelly, directeur exécutif.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants;

Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants;

Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé.

David Kelly, Brian Rush, Wayne Skinner et Christine Bois font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 17 h 20, le sénateur LeBreton occupe le fauteuil.

At 5:30 p.m., Senator Kirby resumed the Chair.

At 6:10 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

À 17 h 30, le sénateur Kirby occupe de nouveau le fauteuil.

À 18 h 10, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004

(17)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 7:00 p.m. in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Kinsella, Kirby, Léger and Morin (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5*).

WITNESSES:

From the Government of New Zealand:

Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health (by videoconference);

David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health (by videoconference);

Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health (by videoconference);

Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health (by videoconference).

Janice Wilson made a presentation and answered questions with David Chaplow, Arawhetu Peretini and Phillipa Gaines.

At 8:39 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004

(17)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 19 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kinsella, Kirby, Léger et Morin (6).

Également présent: Du service de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

Du gouvernement de la Nouvelle-Zélande:

Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale (par vidéoconférence);

Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris (par vidéoconférence);

Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale (par vidéoconférence).

Janice Wilson fait un exposé et répond aux questions avec David Chaplow, Arawhetu Peretini et Phillipa Gaines.

À 20 h 39, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Thursday, May 6, 2004
(18)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:00 a.m. in room 160-S, Centre Block, the Deputy Chair, the Honourable Senator Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, LeBreton, Léger and Morin (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (For complete text of order of reference, see *Proceedings of the Committee, Issue No. 5*).

WITNESSES:

From the Government of the United Kingdom:

Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health (by videoconference);

Adrian Sieff, Health of the Mental Health Legislation Branch (by videoconference).

Anne Richardson made a presentation and answered questions with Adrian Sieff.

At 12:48 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 6 mai 2004
(18)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Corby, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton, Léger et Morin (8).

Également présents: Du Service de recherche parlementaire, Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité).

TÉMOINS:

Du gouvernement du Royaume-Uni:

Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale (par vidéoconférence).

Anne Richardson fait un exposé et répond aux questions avec Adrian Sieff.

À 12 h 48, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, May 6, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

SIXTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill S-17, An Act to amend the Citizenship Act, has, in obedience to the Order of Reference of Thursday, April 1, 2004, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

La vice-présidente,

MARJORY LEBRETON

Deputy Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 6 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

SIXIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déferé le Projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, a, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 1^{er} avril 2004, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 p.m. to give clause-by-clause consideration to Bill S-17 to amend the Citizenship Act and to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Before we turn to our panel, we will proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-17, to amend the Citizenship Act, a private bill that Senator Kinsella has introduced.

We have heard witnesses in this committee. I know from talking to members on both sides that it is the inclination of the committee to pass the bill today without amendment. Senator Kinsella, do you wish to comment at this point? It is not necessary. I am happy to proceed directly to clause-by-clause study.

Senator Kinsella: I simply wish to say that I followed this very closely. Although I was not personally present, I did get the blues of all the meetings. I thank my colleagues for the careful study they have given to the bill.

Senator Callbeck: I have a question to declare. I know that we are dealing with the lost Canadians between 1947 and 1977, so that it would be on the same basis as others after 1977. What about the people before 1947, when Canadian citizenship came in? If someone had British status and went to the United States and became an American, then their children are American citizens. If that child wants to become a Canadian citizen, what would happen?

Senator Kinsella: In that instance, one would apply for citizenship under the current Citizenship Act, which is bringing forward the Paul Martin citizenship act of the mid-1940s and the amendment of 1977. They simply would apply.

Senator Callbeck: Would they have to go through security checks?

Senator Kinsella: Yes. On the issue of security, because I know that arose here, as you know, I was the deputy minister for a number of years when I was at Secretary of State, and Citizenship was then under the Secretary of State, and the registration centre was in Nova Scotia. Each of us has the opportunity to get a certificate of citizenship. A security provision has always been there, and it remains. It is section 20 of the Citizenship Act. If there were a security clearance problem, that section would deal with it.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 05 pour effectuer l'étude article par article du projet de loi S-17, Loi modifiant la loi sur la citoyenneté, et pour étudier les questions découlant du dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, en octobre 2002. En particulier, le comité est autorisé à examiner les questions concernant la santé mentale et les maladies mentales.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Avant que nous cédions la parole à notre groupe d'experts, nous allons passer à l'étude article par article du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, qui est un projet de loi d'initiative privée déposé par le sénateur Kinsella.

Le comité a entendu des témoins à ce sujet. Pour m'être entretenu avec des membres des deux côtés de la table, je sais que le comité voudrait adopter ce projet de loi aujourd'hui sans y apporter d'amendement. Sénateur Kinsella, voulez-vous intervenir à ce stade? Ce n'est pas nécessaire. Je serais très heureux de passer tout de suite à l'étude article par article.

Le sénateur Kinsella: Je voulais simplement dire que j'ai suivi tout cela de très près. Je n'ai pas été présent à toutes les réunions, mais j'ai lu toutes les retranscriptions. Je remercie mes collègues d'avoir étudié aussi attentivement ce projet de loi.

Le sénateur Callbeck: J'ai une question à poser. Je sais que nous traitons des Canadiens entre 1947 et 1977 pour qu'ils soient considérés de la même façon que ceux qui sont venus après 1977. Qu'en est-il de ceux qui précédaient 1947, quand la citoyenneté canadienne a été adoptée? Les enfants des Britanniques qui ont immigré aux États-Unis et pris la nationalité américaine étaient considérés comme des citoyens américains. Si cet enfant voulait devenir citoyen canadien, que se passerait-il?

Le sénateur Kinsella: Dans ce cas, il lui faudrait faire une demande de citoyenneté en vertu de l'actuelle Loi sur la citoyenneté, qui part de la Loi sur la citoyenneté de Paul Martin, remontant au milieu des années 40, et qui a fait l'objet de l'amendement de 1977. Ce sont ces textes qui s'appliqueraient.

Le sénateur Callbeck: Devraient-ils se plier à des vérifications de sécurité?

Le sénateur Kinsella: Effectivement. Je sais qu'il en a été question ici. Comme vous le savez, j'ai été sous-ministre au Secrétariat d'État pendant plusieurs années, à l'époque où la citoyenneté relevait de ce ministère, quand le centre d'enregistrement était en Nouvelle-Écosse. Nous pouvions tous obtenir un certificat de citoyenneté. La disposition relative à la sécurité existe depuis toujours. Il s'agit de l'article 20 de la Loi et, en cas de problème découlant de la vérification de sécurité, c'est cet article qui s'applique.

Senator Callbeck: However, it is not there for people from 1947 on. The security check and the check on their criminal record are not there.

Senator Kinsella: Section 20 of the Citizenship Act does indeed apply to anyone seeking the certification of Canadian citizenship. The concern was raised here that someone might be a criminal or a security threat. If you turn to section 20 of our current Citizenship Act, it is very clear that if an applicant constitutes a threat to the security of Canada, that is examined, and there is no grant of citizenship.

Senator Callbeck: If it were before 1947, but now, with this new legislation, it would not be examined.

Senator Kinsella: All this section does is put those born in Canada on the same footing as those born after 1977. There is no change.

Senator Callbeck: My question concerns those before 1947. I cannot get it clear in my head whether we are discriminating against that group.

Senator Kinsella: We had no citizenship prior to 1946.

Senator Callbeck: No.

Senator Kinsella: We were British subjects.

The Chairman: I think I can clarify the problem. The bill does not deal with the issue being raised, which is what do you do if you were born a British subject. It deals with people who were born in Canada to parents who were not necessarily Canadian subjects and citizens and who may never become Canadian citizens. It takes the position that most other countries raise, which is that if you were born in the country, you are automatically a citizen of that country, regardless of what your parents do. That is where the gap has been.

To put it concretely, when I was working in the United States, my daughter, my oldest child, was born. She is automatically, by virtue of being born on American territory, an American citizen. By virtue of being born to Canadian parents and because we registered her with the Canadian government, she is also a Canadian citizen. That equivalent never existed in Canada. Senator Kinsella's bill proposes to deal with that.

What do you do with people born before 1947 in Canada? There was no such thing as a Canadian citizen in those days. You were a British subject, as my parents were and I suspect your parents were. That is not actually covered by this bill, nor was it ever intended to be covered. This deals with the anomaly that it was possible for an individual to be born in this country and subsequently deported because their parents did not bother to become Canadians and thereby have them become Canadian citizens, whereas in any other industrialized country they would automatically be citizens independent of what their parents did.

Le sénateur Callbeck: Cependant, cela n'existait pas dans le cas des gens qui sont venus après 1947. On ne faisait alors ni vérification de sécurité ni vérification du casier judiciaire.

Le sénateur Kinsella: L'article 20 de la Loi sur la citoyenneté s'applique à toute personne qui demande un certificat de citoyenneté canadienne. Le problème tient au fait que le demandeur pourrait être un criminel ou représenter une menace à la sécurité. Si vous lisez l'article 20 de la loi actuelle, vous verrez qu'il y est dit très clairement que, si un demandeur représente une menace pour la sécurité du Canada, sa demande de citoyenneté peut être rejetée après examen.

Le sénateur Callbeck: Pour ceux et celles qui sont venus avant 1947, mais aujourd'hui, en vertu de la nouvelle loi, ils ne feraient pas l'objet d'un examen.

Le sénateur Kinsella: Cet article prévoit le même traitement pour ceux qui sont nés au Canada avant 1977 et pour ceux qui sont nés après cette date. Il n'y a pas de changement.

Le sénateur Callbeck: Ma question concerne ceux et celles qui sont arrivés avant 1947. Je me demande si nous ne sommes pas en train de faire de la discrimination contre ce groupe.

Le sénateur Kinsella: Avant 1946, il n'y avait pas de citoyenneté.

Le sénateur Callbeck: Non.

Le sénateur Kinsella: Nous étions tous des sujets britanniques.

Le président: Je pense pouvoir clarifier la chose. Le projet de loi ne concerne pas la question soulevée, c'est-à-dire ce qu'il advient d'une personne née britannique. Cela ne concerne que ceux et celles qui sont nés au Canada de parents qui n'étaient pas nécessairement citoyens canadiens et qui ne le sont jamais devenus. L'article reprend ce qui se fait dans la plupart des pays. Autrement dit que, dès que l'on est né dans un pays, on en est automatiquement citoyen sans égard à la citoyenneté des parents. C'est là où se situait le vide.

Je vais vous donner un exemple concret, celui de ma fille aînée qui a vu le jour aux États-Unis pendant que j'y travaillais. Comme elle est née en territoire américain, elle est devenue automatiquement citoyenne américaine. D'un autre côté, comme elle est née de parents canadiens et que nous l'avons enregistrée auprès du gouvernement canadien, elle est aussi automatiquement citoyenne canadienne. L'équivalent n'existait pas avant et c'est ce que se propose de corriger le projet de loi du sénateur Kinsella.

Qu'advient-il des gens nés avant 1947 au Canada? Eh bien, à cette époque, la citoyenneté canadienne n'existait pas encore. Tout le monde était sujet britannique, comme mes parents, et sans doute aussi comme les vôtres. Cette période n'est pas visée par le projet de loi, et il n'a jamais été question de le faire. Le projet de loi traite de cette anomalie où une personne née ici peut être déportée à un moment donné parce que ses parents n'ont pas demandé la citoyenneté canadienne et ne lui a donc pas conféré cette citoyenneté. Dans les autres pays industrialisés, une personne dans la même situation aurait automatiquement obtenu sa citoyenneté, peu importe la décision de ses parents.

Senator Morin: These parents did something special, though, just for the record. They renounced their Canadian citizenship. It was not just passive, like the example of the United States. It went up to the Supreme Court, and the Supreme Court acknowledged that the parents have the right to do that on behalf of their children.

The Chairman: Which most other countries would not do.

Senator Morin: I realize that, but it is not just a passive issue. The parents did something very special. They renounced their Canadian citizenship.

Senator Kinsella: Another way of looking at it is simply that the bill deals with the birth right of Canadians.

The Chairman: That is a better way to describe it.

Does any member of the committee want to propose any amendments? If not, I am happy to entertain a motion to dispense with proceeding through it clause by clause.

Senator LeBreton: I so move.

Senator Morin: I second that.

The Chairman: Is it agreed?

Hon. Members: Agreed.

The Chairman: Can I have a motion to report the bill back to the Senate without amendment?

Senator Fairbairn: I so move.

Senator LeBreton: I second that.

The Chairman: Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried. Thank you very much.

We will now turn to our panel on the subject of the mental health and addiction. We have before us today four witnesses: Mr. Kelly from the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction; and three representatives from the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, being Mr. Rush, Mr. Skinner and Ms. Bois. Our first presenter today is Mr. Kelly.

Mr. David Kelly, Executive Director, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction: Thank you for having us here today. We appreciate the opportunity to come forward and discuss these issues with you.

The federation represents 216 mental health and addiction providers in the province of Ontario — front-line service providers, consumer organizations, and hospital programs. These are all accountable to a volunteer board and provide a wide range of services — in a sense, a complete basket of mental health and addiction services in the province.

Le sénateur Morin: Je tiens à préciser pour mémoire que les parents en question ont fait quelque chose de spécial. Ils ont renoncé à leur citoyenneté canadienne. Ce n'est pas quelque chose de passif, comme l'exemple qui nous a été donné au sujet des États-Unis. La cause s'est retrouvée en Cour suprême qui a reconnu que les parents ont le droit d'agir ainsi au nom de leurs enfants.

Le président: Ce qui ne se fait pas dans la plupart des autres pays.

Le sénateur Morin: Je m'en rends compte, mais ce n'est pas quelque chose de passif. Les parents ont pris une décision très particulière. Ils ont renoncé à leur citoyenneté canadienne.

Le sénateur Kinsella: On pourrait plus simplement dire que ce projet de loi donne aux gens le droit d'être canadien par naissance.

Le président: Oui, c'est une meilleure façon de décrire la chose.

Les membres du comité veulent-ils proposer des amendements? Sinon, j'aimerais que quelqu'un propose une motion pour nous exempter de l'étude article par article.

Le sénateur LeBreton: Je propose.

Le sénateur Morin: J'appuie.

Le président: C'est d'accord?

Des voix: D'accord!

Le président: Quelqu'un peut-il proposer que nous représentions ce projet de loi au Sénat sans amendement?

Le sénateur Fairbairn: Je propose.

Le sénateur LeBreton: J'appuie.

Le président: D'accord?

Des voix: D'accord!

Le président: Adopté. Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre nos témoins experts sur les questions de la santé mentale et de la toxicomanie. Nous avons quatre témoins: M. Kelly de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, et trois représentants du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, soit MM. Rush et Skinner et Mme Bois. La première personne à parler sera M. Kelly.

M. David Kelly, directeur général, Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario: Merci de votre invitation. Nous apprécions l'occasion que vous nous donnez de parler de ces questions avec vous.

La Fédération représente 216 fournisseurs de soins en santé mentale et en toxicomanie en Ontario — cinq fournisseurs de service de première ligne, des organismes de consommateur et des programmes hospitaliers. Tous relèvent d'un conseil bénévole et offrent toute une gamme de services; en un sens, il s'agit de tout un ensemble de services liés à la santé mentale et à la toxicomanie.

The federation envisions a community mental health and addiction system which is accessible, flexible, comprehensive, responsive to the needs of individuals, families and communities, shaped by many partnerships, respectful of human dignity and rights and accountable to those it serves.

We come before you at a time — and I do not use this term lightly — when a crisis exists within mental health and addiction services in the province of Ontario. To understand the crisis that the addiction mental health is facing it should be realized that the cause of mental health and addiction problems to the Ontario economy is enormous. Most of these stats can be applied right across the country.

The number of people affected by mental health and substance abuse problems is on the rise. The cost of managing these problems in the community is significantly lower than the alternatives. Members of the federation are unable to offer enough services to the many people who come to us for help. Despite these obstacles, the community-based addiction and mental health sector can demonstrate the success and effectiveness of their services.

To understand this crisis, we have to understand a bit about the background. Provincially funded mental health agencies have had no increase to their base budget since 1992. Operating budgets for addiction services have risen just 2 per cent in that time period. With inflation, using the federal government's inflation calculator, we conservatively estimate that the ability of organizations to respond to problems in the mental health and addiction field has declined by 20 per cent since 1992. We have some estimates that show the human resources within the sector of community-based mental health and addiction services has actually fallen by 28 per cent in the same time period. That means that there are 28 per cent fewer people providing those services in the community.

Faced with the rising costs and requirements to maintain a balanced budget, organizations have been forced to close programs, reduce services and limit access. At the same time, we have seen a dramatic increase in the requirement and need for those services.

The outcome is simple. We have longer waiting lists; increased use of other, more expensive, institutional services; and, increased stress on consumers of those services and their families and communities. We have increased pressure on other health and social services — most notably police and correctional services, emergency rooms and hospitals. We have increased pressure on emergency services.

Since about approximately 1986, there have been 18 studies in the province of Ontario outlining the need to build stronger and more comprehensive community services. Of the last two, the

La Fédération est favorable à la création d'un système communautaire de santé mentale et de traitement des toxicomanies qui soit accessible, souple, complet, adapté aux besoins des particuliers, des familles et des collectivités, et qui soit constitué de plusieurs partenaires, respectueux de la dignité et des droits de la personne; il système serait responsable envers ceux et celles qu'il servirait.

À l'heure où nous vous parlons, en Ontario, nous sommes confrontés à une crise — et je n'emploie pas ce terme à la légère — dans les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Pour bien comprendre cette crise, il faut d'abord reconnaître que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie reviennent énormément cher à la province. D'ailleurs, la plupart des données statistiques de l'Ontario pourraient s'appliquer à l'ensemble du pays.

Le nombre de personnes souffrant de maladies mentales et de problèmes de toxicomanie ne cesse d'augmenter. Il coûte bien moins cher de s'attaquer à ce genre de problème au sein de la collectivité que d'appliquer d'autres solutions. Les organismes membres de la Fédération ne sont pas en mesure d'offrir suffisamment de services aux nombreuses personnes qui nous sollicitent. Malgré tous ces obstacles, le secteur communautaire de la santé mentale et du traitement des toxicomanies parvient à offrir des services efficaces.

Pour comprendre cette crise, nous devons d'abord comprendre un peu d'où elle vient. Le budget de base des organismes de santé mentale qui sont financés par la province n'a pas augmenté depuis 1992. Les budgets de fonctionnement pour les services de toxicomanie n'ont augmenté que de 2 p. 100 durant la même période. En tenant compte de l'indice d'inflation du gouvernement fédéral, nous avons estimé que la capacité des organisations de répondre aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie avait, au bas mot, diminué de 20 p. 100 depuis 1992. Selon certaines estimations, les ressources humaines dans le secteur des services communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies auraient diminué de 28 p. 100 durant la même période. Cela veut dire que le personnel apte à offrir de genre de services au sein des collectivités a diminué de 28 p. 100.

Compte tenu des coûts qui augmentent et du fait qu'il faut maintenir un budget équilibré, les organisations ont été contraintes de mettre un terme à certains programmes, de réduire les services offerts et d'en limiter l'accès. D'un autre côté, nous avons assisté à une augmentation très marquée du niveau de demande.

Les conséquences de tout cela sont simples: listes d'attente qui s'allongent; recours accru à d'autres services institutionnels plus coûteux et augmentation du niveau de stress des clients, de leurs familles ainsi que des membres des collectivités. Le degré de sollicitation des autres services sociaux et de santé a augmenté, surtout dans le cas des services policiers et carcéraux, des salles d'urgence et des hôpitaux. Nous avons constaté une augmentation de la demande dans les services d'urgence.

Depuis 1986 environ, 18 études ont été réalisées dans la province de l'Ontario et toutes ont souligné la nécessité de mettre en place des services communautaires plus solides et plus

earlier one in 1993 was called "Putting People First." This study envisioned a future with a comprehensive delivery of services in which people with mental illness and addiction would have better access to quality care from an appropriate mix of institutional community services, and for which all components would be integrated and coordinated. At that point, it was envisioned that community services would represent 80 per cent of the funding mix, while the institutional side would be at 20. We are obviously nowhere near reaching that targets.

In 1999, Ontario released "Making It Happen," which reaffirmed the government's commitment to similar principles. It envisioned that services would be tailored to consumer needs. It also stated that consumer choice and access to services would be improved, and there would be continued investments and re-investments in mental health services to support mental health reform and increase the overall capacity. That same year, we had the release of "Setting the Course," which was a framework for integrating addiction services. That report articulated two overarching goals: to ensure that each district of the province had the appropriate range of services and to ensure that clients had access to the appropriate services when they needed them.

Unfortunately, the reality is much different than our visions were. Almost half of the people who need mental health or addiction services in Ontario must wait for eight weeks or more. That is an eternity in the lifetime of a person, family or community struggling with a serious mental illness or an addiction. A significant number of programs within the federation, 18 per cent, indicate a waiting time of a year or longer for service. Eighty per cent of the federation have identified that they need to close programs temporarily to cope with fiscal pressures. Twenty-five per cent have closed programs permanently. Three quarters of our federation members have lost staff to higher paying jobs outside the sector. Often when people leave, we cannot afford to replace them. We obviously cannot compete with salaries outside our sector.

Since, 1996, 12 per cent of residential addiction treatment capacity has been lost in Ontario and withdrawal management has seen a similar loss in capacity. To give you an idea of some of the impact, it now takes four months to be assessed for an addiction service in some areas of the province of Ontario; five months for admission to a day or evening treatment program; and six months for admission to residential service.

complets. L'avant-dernière étude du genre, réalisée en 1993, porte le titre «Putting People First». On y envisage d'offrir des services complets grâce auxquels les malades mentaux ou les toxicomanes auraient plus facilement accès à des soins de qualité dispensés par divers services communautaires institutionnels dont tous les éléments seraient intégrés et coordonnés. À ce moment-là, on estimait que les services communautaires absorberaient 80 p. 100 du montage financier, tandis que les institutions en absorberaient 20 p. 100. Nous sommes, de toute évidence, très loin de ces objectifs.

En 1999, l'Ontario a publié «Making It Happen», document dans lequel le gouvernement réaffirme son engagement envers des principes semblables. Le document traite de la création de services adaptés aux besoins des clients. On y affirme que l'on améliorerait le choix et l'accès aux services pour les clients et que l'on continuerait d'investir ou de réinvestir dans les services de santé mentale afin d'appuyer la réforme dans ce domaine et d'accroître la capacité globale de la province en la matière. C'est la même année qu'a été publié «Setting the Course» qui constitue un cadre d'intégration des services de toxicomanie. Ce rapport énonce deux objectifs importants: veiller à ce que chaque district de la province dispose de tout un éventail de services, et faire en sorte que les clients aient accès aux services dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin.

Malheureusement, il y a loin de la coupe aux lèvres. Presque la moitié des personnes ayant besoin de services en santé mentale ou en traitement de toxicomanie en Ontario doivent attendre huit semaines si ce n'est pas plus pour bénéficier de ces services. C'est une éternité dans la vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité qui est aux prises avec ce genre de difficultés. Une grande proportion des programmes de la Fédération, soit 18 p. 100, indique que le temps d'attente pour des services est d'une année voire plus. Quatre-vingts pour cent de nos organismes membres ont indiqué qu'ils devaient temporairement mettre un terme à leurs programmes à cause de leurs difficultés financières. Vingt-cinq pour cent d'entre elles ont mis un terme à certains programmes de façon permanente. Les trois quarts des membres de notre Fédération ont perdu leur personnel qui a accepté des emplois mieux payés hors du secteur. Souvent, quand des employés nous quittent, nous ne pouvons nous permettre de les remplacer. Nous ne pouvons évidemment pas faire concurrence aux autres secteurs d'activité qui offrent des salaires supérieurs.

Depuis 1996, nous avons perdu en Ontario 12 p. 100 de la capacité de traitement des toxicomanies en établissement et avons enregistré le même genre de recul du côté des cures de désintoxication. Pour vous donner une idée de ce que cela signifie, dans certaines régions de l'Ontario, il faut maintenant attendre quatre mois pour se faire évaluer dans un service de toxicomanie; il faut cinq mois pour être admis dans un programme de traitement de jour ou de soir et six mois pour être admis dans un service en établissement.

For someone on the road to recovery, who needs to access these services, that four-month period can obviously spell incredible cost to our society through the use of emergency rooms and interaction with the judicial system. Costs are escalated by that delay.

We have reached a point where we have seen our services shrink. I want to give you an idea of some of the problems that are being faced in different parts of the province of Ontario.

The first is about an addiction service in Northwestern Ontario. In June 2003, the only addiction psychiatrist in Northwestern Ontario who licensed prescribed methadone announced he was leaving the community. Ninety-six people depended on him for that service. Fortunately, community organizations often pull together and are able to stretch resources. They came together and put a band-aid on that program to keep it flowing.

However, the program is threatened approximately every six months because it has never been completely funded. It had one-time funding of \$50,000, which is expiring, I believe, at the end of this month.

The absence of a comprehensive methadone maintenance program in Thunder Bay — you may have seen recent reports that Thunder Bay has one of the highest addiction rates in Canada — results in increased street trafficking and increased crime. Pharmaceutical break-ins were three times higher in 2003 than in 2002, with 80 per cent of the break-ins resulting in the theft of opiate and narcotic medications. There has also been an increase in incarcerations, multiple emergency visits, multiple inpatient admissions to general and psychiatric hospitals. The absence of such a program has also resulted in increased length of stay and withdrawal of management services — commonly known as “detox” — and longer waiting lists for withdrawal management beds for non-methadone users as those methadone users stay in the system longer.

To provide yet another example of some of the problems that we are facing as a result of lack of funding flowing to organizations, I will talk about a community mental health housing program in Southern Ontario. This program serves 30 of the most severely disabled people in the province. The program entered into a unique partnership contracting with another service provider for nursing care required to address residents' unstable medical conditions. Prior to their admissions to the program, all the residents had been in long-term, inpatient psychiatric hospitals. Many of them had tried other housing repeatedly, but none had been able to manage in other housing until they entered this program.

Pour quelqu'un qui est sur la voie de la guérison et qui a besoin d'accéder à ce genre de services, quatre mois d'attente ne peuvent qu'occasionner des coûts incroyables à notre société parce que ces personnes devront se présenter dans des salles d'urgence ou qu'elles auront des démêlés avec la justice. Les coûts sont considérablement accrus à cause de ces délais.

Nous avons atteint un stade où nos services sont en train de diminuer. Je vais vous donner une idée de certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés dans différentes parties de l'Ontario.

Il y a d'abord les services de désintoxication dans le nord-ouest de la province. En juin 2003, le seul psychiatre de la région spécialisé en toxicologie, qui était habilité à prescrire de la méthadone, a annoncé qu'il s'en allait. Quarante-vingt-dix personnes comptaient sur lui pour ce service. Heureusement, les organisations communautaires parviennent très souvent à exploiter au maximum les ressources dont elles disposent. Elles ont serré les coudes dans ce cas et sont parvenues à maintenir le programme à flot.

Il demeure que, tous les six mois à peu près, le programme est menacé parce qu'il n'est pas entièrement financé. Il a reçu une subvention unique de 50 000 \$ qui, si je ne m'abuse, sera épuisée à la fin du mois.

L'absence de véritables programmes de traitement d'entretien à la méthadone à Thunder Bay — vous avez peut-être récemment lu que Thunder Bay présente l'un des taux de toxicomanie les plus élevés au Canada — a donné lieu à une augmentation des infractions au code de la route et de la criminalité. Par rapport à 2002, trois fois plus de pharmacies ont été volées en 2003 et 80 p. 100 de ces vols concernaient des opiacées et des narcotiques. On a également constaté une augmentation du nombre d'incarcérations, de visites multiples aux salles d'urgence, d'admissions multiples de patients dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. L'absence de tels programmes a aussi occasionné une augmentation des séjours de traitement et des services de désintoxication, de même qu'un allongement des listes d'attente pour des lits en désintoxication dans le cas de personnes n'ayant pas besoin de méthadone, puisque celles qui sont traitées à la méthadone restent plus longtemps dans le système.

Pour vous donner un autre exemple de certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés à cause du manque de financement dont souffrent nos organisations, permettez-moi de vous parler du programme des logements supervisés en santé mentale dans le sud de l'Ontario. Ce programme sert 30 des personnes les plus gravement handicapées de la province. Il fait l'objet d'un partenariat unique qui consiste à faire appel à un autre fournisseur de services pour les soins infirmiers dans le cas des résidents dans état médical instable. Avant leur admission dans le programme, tous les résidents étaient traités dans des services de soins de longue durée des hôpitaux psychiatriques. Beaucoup avaient régulièrement essayé de se faire admettre dans des services de soins communautaires, mais aucun n'y était parvenu avant ce programme.

Ranging in age from 41 to 69 years of age, the program clients have been ill for 27 years on average. In addition to their psychiatric diagnoses, nine residents have diabetes; eight have a history of addiction; six have a developmental delay; six have been ordered into treatment by the Ontario Review Board; five have arthritis; three have Chronic Obstructive Pulmonary Disease; another three have seizures; and one resident has cancer.

Despite the severity of their conditions, residents have fared remarkably in the supportive housing complex. The program estimates that it saved more than \$4.4 million in in-hospital costs in 2002 alone. They are on what would be estimated as the high-end cost for per-day support to residents at \$59 a day for supportive housing. That is the high end. Some programs go down to as little as \$5 to \$10 a day. Compare that with \$80 to \$90 a day for a hostel bed; \$117 per day in a long-term care facility, \$137 per day for incarceration; or \$500 per day in a psychiatric hospital. Starving the community mental health and addiction services increases costs on many other levels.

I want to talk about the effectiveness of services for a second to give you an idea. We can clearly demonstrate how community-based mental health and addiction services effectively save our health care system and our society incredible amounts of money.

The cost of hospital care is significantly greater than care in the community. Across Ontario, fewer than 50 per cent of mental health consumers receive the appropriate level of care. For example, 76 per cent of the people in Whitby who need community mental health services and 63 per cent of those in the northeast region are receiving less help than they need. These figures come from the Health Systems Research and Consulting Unit. It is the lack of alternatives, settings and supports — not the level of functioning — that puts and keeps putting individuals in the hospital. To avoid the over-provision of this most expensive and restrictive type of care, it is necessary to develop a full range of community supports.

Supportive housing can demonstrate a 60 per cent reduction in the total length of time consumers spend in a hospital. We have a program in Metro Toronto that can demonstrate a reduction in total hospitalization costs from \$1.3 million to \$176,000 for 56 people receiving comprehensive case management services. There is a huge array of support and statistics that demonstrate the effectiveness of mental health and community-based programs.

As we are getting short on time, I will point out to one other document in our package entitled, "Generating New Revenue to Support Addictions Services." We know we cannot just come

Âgés de 41 à 69 ans, les clients du programme sont, en moyenne, malades depuis 27 ans. En plus de leur diagnostic psychiatrique, neuf sont atteints de diabète, huit ont un passé de toxicomane, six présente un retard de développement, six ont été internés sur recommandation du Conseil de révision de l'Ontario, cinq souffrent d'arthrite, trois ont une bronchopneumopathie chronique obstructive, trois autres ont eu des AVC et un résident est atteint d'un cancer.

Malgré la gravité de leur état, les résidents semblent très bien se porter grâce aux services offerts en logement. On a estimé que ce programme avait permis d'économiser plus de 4,4 millions de dollars en frais d'hospitalisation en 2002 seulement. Nous avons ici affaire à ce que l'on pourrait qualifier de coûts journaliers élevés pour les soins des résidents, puisqu'un logement avec soutien coûte 59 \$ par jour. C'est ce qu'il en coûte au maximum. Certains programmes sont parvenus à limiter ces coûts entre 5 et 10 \$ par jour. Il suffit de comparer avec 80 ou 90 \$ par jour dans un centre pour itinérants, 117 \$ par jour dans un centre de soins de longue durée, 137 \$ par jour dans un établissement carcéral et 500 \$ dans un hôpital psychiatrique. Quand on prive les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies des fonds nécessaires, on augmente les coûts par ailleurs.

Je vais vous entretenir un instant de l'efficacité du service pour vous donner une idée de ce qui se passe. Nous sommes en mesure de clairement démontrer que nos services communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies permettent à notre système de soins de santé et à notre société en général d'économiser des sommes incroyables.

Le coût des soins hospitaliers est considérablement supérieur à celui des soins communautaires. Partout en Ontario, un peu moins de la moitié des clients des services de santé mentale bénéficient d'un niveau approprié de soins. Ainsi, 76 p. 100 des résidents de Whitby, qui ont besoin de services communautaires de santé mentale, et 63 p. 100 des résidents de la région du nord-est reçoivent un niveau d'aide inférieur à leurs besoins. Ces chiffres que je vous cite nous viennent de l'unité de consultation et de recherche sur les systèmes de santé. C'est à cause du manque de solutions autres, de l'absence d'établissements et du manque de soutien — plutôt que du niveau de fonctionnement — que tant de personnes se retrouvent dans les hôpitaux. Afin d'éviter de tomber dans l'excès et d'offrir trop généralement ce type de soins beaucoup plus coûteux et restrictifs, il convient de mettre sur pied un éventail de services de soutien communautaire.

Nous pourrions prouver que les logements supervisés permettent de réduire de 60 p. 100 la durée des séjours en hôpital. Nous pourrions aussi prouver que, dans le Grand Toronto, nous offrons un programme qui permet de réduire les coûts d'hospitalisation de 1,3 million de dollars à 176 000 \$ pour 56 personnes qui bénéficient de services complets de gestion de cas. Il existe un large éventail de soutiens et de statistiques prouvant l'efficacité des programmes communautaires de santé mentale.

Comme nous manquons de temps, j'attirerai votre attention sur un autre document de notre trousse intitulé «Generating New Revenue to Support Addictions Services». Nous sommes

forward with the problems. We have to be innovative and creative to address these needs — particularly in Ontario where we are facing a current deficit.

This proposal is subtitled, “A Behavioural Insurance Model.” I urge you to look at it as an innovative way to support, as part of a package of supports, addiction programs. It is not the only solution. It revolves around a one cent per standard drink behavioural surcharge, which would generate approximately \$40 million in new revenue per year for addiction services. It is based on what the Ontario government did with the gambling to address problem gambling. Under that policy there is a 2 per cent surcharge on their gross revenues from slot machines and charity casinos. That money is put into treatment and prevention services for problem gambling.

The Chairman: Thank you.

Our next presenter is Mr. Rush.

Mr. Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy, Centre for Addiction and Mental Health: Thank you for the invitation for this presentation. I want to talk about co-occurring mental health and addiction problems, two problem areas are often seen as independent. I will show you why this “double trouble” is important and needs your attention.

Over the last two decades the co-occurrence of addiction and mental health problems among people seeking treatment and support has emerged as an important issue for those who plan and fund mental health and addiction programs as well as those people who provide direct service. Concern about concurrent disorders have been fuelled by research that looks at two things: First, the prevalence of this co-morbidity and the degree to which the populations overlap. Second, the implications of co-morbidity for the course, cost and outcome of treatment and other support services.

In response to this growing concern, Health Canada commissioned the Centre for Addition and Mental Health, CAMH, to bring together the current knowledge and develop best practice guidelines for the treatment and rehabilitation of people with concurrent substance abuse and mental disorders. We combined our research synthesis with the advice and input of experts and other key stakeholders in the field. We also spoke to consumers across Canada who have experienced the consequences of these co-occurring disorders. While I will not speak to it today, I will leave you with copies of this best practices report commissioned by Health Canada.

conscients que nous ne devons pas nous limiter à vous mentionner des problèmes et que nous devons faire preuve de créativité pour répondre aux besoins constatés, surtout en Ontario où nous faisons face à ce genre de déficit.

Cette proposition est intitulée «A Behavioural Insurance Model» ou Modèle de garantie comportementale. Je vous invite à jeter un coup d’œil sur cette façon novatrice de financer les programmes de traitement des toxicomanies dans le cadre d’un ensemble de soutien. Ce n’est pas la seule solution. Celle-ci repose sur l’imposition d’une surtaxe dite comportementale de un cent sur les boissons régulières, ce qui rapporterait environ 40 millions de dollars de plus par an pour les services de traitement des toxicomanies. Cela reprend le même principe que ce qu’a fait le gouvernement de l’Ontario dans le cas des jeux de hasard, pour s’attaquer au problème de la dépendance au jeu. Cette politique prévoit l’imposition d’une surtaxe de 2 p. 100 sur les recettes brutes des machines à sous et des casinos de bienfaisance. L’argent recueilli est investi dans les services de traitement et de prévention de la dépendance au jeu.

Le président: Merci.

La prochaine personne à parler est M. Rush.

M. Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Merci de votre invitation. Je me propose de vous entretenir de la simultanéité des maladies mentales et des problèmes de toxicomanie, puisque les deux vont souvent de pair. Je vais vous montrer pourquoi ce double phénomène est important et pourquoi il doit retenir notre attention.

Au cours des deux dernières décennies, la simultanéité des problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les personnes nécessitant des traitements et un appui a revêtu de plus en plus d’importance aux yeux de ceux et de celles qui planifient et qui financent les programmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies, de même que pour ceux qui offrent directement les services. Cet intérêt pour les troubles simultanés a été avivé par la recherche qui a porté sur deux aspects: d’abord, la prévalence de la comorbidité et le degré de recoupement des populations atteintes. Deuxièmement, les conséquences de la comorbidité pour la prestation, les coûts et le résultat des traitements et des autres services de soutien.

En réponse à cet intérêt croissant, Santé Canada a demandé au Centre de toxicomanie et de santé mentale, le CTSM, de faire le point sur les connaissances actuelles et de préparer des directives relatives aux pratiques exemplaires en matière de traitement et de réhabilitation des personnes présentant simultanément des problèmes de toxicomanie et de troubles mentaux. Nous avons combiné notre synthèse sur la recherche avec des conseils et des avis d’experts et d’autres intervenants importants du domaine. Nous nous sommes également entretenus avec des clients, partout au Canada, qui ont connu les effets de tels troubles simultanés. Je vais vous remettre des exemplaires du rapport sur les pratiques exemplaires commandé par Santé Canada, bien que je ne compte pas vous en parler.

What do we mean by “concurrent disorders?” In general, this term is used to refer to people who experience the combination of mental health problems and substance abuse problems. Technically speaking, in diagnostic terms, it refers to any combination of mental health and substance use disorders as defined within DSM IV, a diagnostic manual for physicians and psychiatrists.

Why is this combination so important? My job here, with Mr. Skinner and Ms. Bois, is to show you why it is important to think of mental health and addictions within the same policy framework and with the same breath. You cannot disentangle addictions here and mental health there. You may look at me and say, “Well, I do not know anybody who would do that.” I will convince you in a moment that this is what has happened in Canada over the last 30 or 40 years. We have evolved to two completely separate systems of care. For those people who are experiencing both problems, no one really wants them. They are falling through the cracks because they do not belong anywhere. It is the highest need population.

This is important for three reasons. First, the overlap between mental health and addiction problems is extremely high. More importantly, today’s health professionals do not recognize it. Second, the overlap is associated with a high number of very serious health and social consequences. The overlap is also associated with poor outcome when you go to treatment. Third, there are long-standing systemic and professional issues between mental health and addiction services that have contributed to poor coordination and continuity of care.

How common is this overlap between mental health and addiction problems? We examine this question from two perspectives. First, how common is the overlap in the general population? Second, how common is it for people who are coming for treatment?

For the general population, we have studies from most developed countries and many developing countries, population surveys and epidemiological studies looking at addictions and mental health problems. I want to acknowledge that Statistics Canada commissioned a survey that has been completed. We are waiting for the data, which we expect will be very good information on the prevalence of mental health and substance abuse problems and the way in which they are combined in Canada. I can speak to one excellent study in the U.S., but we have the data coming very soon for analysis in Canada.

One of the best current studies comes from the U.S. The researchers found that for those people with any substance use disorder, 43 per cent have a co-occurring mental disorder. Almost

Qu’entend-on au juste par «troubles simultanés» ou «concourants»? En règle générale, l’expression s’applique à des personnes qui souffrent en même temps de problèmes de santé mentale et de problèmes de toxicomanie. Sur un plan technique, autrement dit en termes diagnostiques, l’expression s’applique à la combinaison de troubles de santé mentale et de toxicomanie, tels que définis dans le DSM, soit le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux à l’usage des psychiatres et des médecins.

Pourquoi ce problème de simultanéité est-il si important? M. Skinner, Mme Bois et moi-même nous sommes fixé pour tâche de vous expliquer pourquoi il convient de regrouper la santé mentale et les toxicomanies dans un seul et même cadre de politique. On ne peut dissocier la toxicomanie et la santé mentale. Vous pourriez toujours me dire: «je ne connais personne qui ferait cela». Cependant, dans un instant, je vous convaincrai que c’est ce qui s’est passé au Canada au cours des 30 ou 40 dernières années. Nous avons développé deux systèmes de soins entièrement séparés. Les patients atteints de ces deux troubles en même temps préféreraient vivre autrement. Ce sont les oubliés du système, parce qu’ils ne tombent dans aucune des cases prévues. Ils constituent la population qui a le plus de besoins.

Le problème est important pour trois raisons. D’abord, parce que le recoupement entre les problèmes de santé mentale et les problèmes de toxicomanie sont extrêmement élevés. Pire encore, même aujourd’hui les professionnels de la santé ne reconnaissent pas ce phénomène. Deuxièmement, le recoupement entre les deux problèmes est associé à un grand nombre de conséquences sanitaires et sociales très graves. Il est aussi synonyme de faibles revenus pour les personnes qui doivent se faire traiter. Troisièmement, toute une série de vieux problèmes systémiques sur le plan professionnel entre les services de santé mentale et les services de traitement des toxicomanies ont contribué à une mauvaise coordination des soins et à une absence de continuité sur ce plan.

Cette simultanéité des problèmes de santé mentale et des problèmes de toxicomanie sont-ils courants? Nous examinerons cette question selon deux points de vue. D’abord, à quelle fréquence rencontre-t-on ce recoupement dans la population en général? Deuxièmement, à quelle fréquence le rencontre-t-on chez les gens ayant besoin de traitements?

Pour ce qui est de la population en général, nous disposons d’études réalisées dans les pays les plus développés et dans de nombreux pays en développement, ainsi que de relevés de population et d’études épidémiologiques axées sur les problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Je tiens ici à souligner que Statistique Canada a commandé une enquête qui n’est pas encore terminée. Nous attendons les données qui, je pense, devraient nous donner d’excellentes informations sur la prévalence des problèmes de toxicomanie et de santé mentale ainsi que sur leur co-occurrence au Canada. Je peux vous parler d’une excellente étude réalisée aux États-Unis, mais nous disposerons très bientôt de données canadiennes que nous pourrions analyser.

L’une des meilleures études actuelles est donc américaine. Les chercheurs ont constaté que 43 p. 100 des toxicomanes/alcooliques souffrent également de troubles mentaux. Près de la

half the people with a substance abuse problem in the community also have some other severe mental health issue. This fits well with the data we have from one good survey in Ontario. In the mid-1990s we measured a 55 per cent overlap. This pattern is duplicated in almost every epidemiological study around the world.

We also know that the people experiencing these problems together in the community are in fact the most likely to come forward for treatment. For example, survey respondents in one study show that those people with an alcohol use disorder are five times more likely to come for help if they are also experiencing drug problems and depression. You have probably heard many other people speak to this around the prevalence of depression in society today.

It is safe to assume that people engaged with helping services in the community come forward with these severe problems because of the added stress — they have compounded problems as a result of the overall mix. You cannot separate out an addiction problem from a mental health problem. In day-to-day life they are dealing with many problems.

If we look at the prevalence of the overlap for those coming forward for treatment in mental health services — psychiatric hospitals, community mental health clinics or emergency services — the amount of the overlap depends on which of those kinds of services we look at. It is not uncommon for the overlap to be estimated as high as 50 to 75 per cent. We have just finished one major evaluation project of community mental health services in Toronto, Ottawa and Kingston, where the overlap is estimated between 15 per cent, at the lower range, and 45 per cent, depending on the difference in population and services provided.

Among the homeless populations in Ottawa and Toronto — people with mental illness and who may be living on the street — the overlap is over 50 per cent if not higher. Among clients coming forward for alcohol and drug treatment, some studies show that about 75 per cent — if not 100 per cent — are also dealing with very serious mental health problems.

It is also important to recognize the degree of overlap that you find in a research study. If I go out and conduct a study in one or more centres and deliberately look for the co-morbidity, I will find much more than has been turned up by routine detection and assessment procedures within the centre itself. I will give an example. There were 75 patients admitted to an in-patient psychiatry unit. They come through the emergency department of the hospital and from there they go into the regular in-patient unit. The psychiatrist in the emergency department made four substance abuse diagnoses out of 75 patients admitted. The hospital staff — the second point of referral — made 29 diagnoses among the 75 people. A week later, a research group conducted a full diagnostic

moitié des toxicomanes/alcooliques non internés présentent également d'autres problèmes graves de santé mentale. Cela correspond tout au fait au genre de données que nous avons recueillies à l'occasion d'une excellente enquête menée en Ontario. Dans le milieu des années 90, nous avons estimé que le recoupement était de 55 p. 100. Les mêmes proportions apparaissent dans presque toutes les études épidémiologiques réalisées dans le monde.

Nous savons aussi que les personnes qui souffrent de ces problèmes au sein de leur collectivité sont en fait les plus susceptibles de réclamer un traitement. Ainsi, d'après un sondage réalisé dans le cadre d'une étude, les alcooliques/toxicomanes/dépressifs sont cinq fois plus susceptibles que les autres de réclamer une aide. Vous avez sans doute entendu parler bien d'autres personnes au sujet de la prévalence de la dépression dans notre société.

On peut sans trop risquer de se tromper affirmer que les prestataires des services communautaires d'aide associent ces troubles graves à une augmentation du stress: la simultanéité des troubles est un facteur aggravant. On ne peut dissocier les problèmes de toxicomanie des problèmes de santé mentale. Dans la vie de tous les jours, les gens qui en sont atteints sont aux prises avec de nombreuses difficultés.

À l'analyse des cas que présentent les personnes qui réclament des traitements dans les services de santé mentale — dans les hôpitaux psychiatriques, les cliniques communautaires de santé mentale ou les services d'urgence — on se rend compte que le taux de simultanéité dépend du genre de service envisagé. Il n'est pas courant que ce taux soit aussi élevé que 50 à 75 p. 100. Nous venons juste de mener à terme un projet d'évaluation des services communautaires de santé mentale à Toronto, Ottawa et Kingston qui nous a permis de constater que le taux de simultanéité se situerait aux environs de 15 p. 100 dans le bas de la fourchette et de 45 p. 100 dans le haut de la fourchette, selon la différence dans les populations et les services étudiés.

Dans les populations de sans-abri à Ottawa et Toronto — c'est-à-dire des personnes atteintes de maladies mentales qui vivent dans la rue — le taux de simultanéité dépasse 50 p. 100. Parmi les toxicomanes et alcooliques qui se présentent à des cures de désintoxication, certaines études montrent qu'environ 75 p. 100 d'entre eux — si ce n'est 100 p. 100 — ont également de graves problèmes de santé mentale.

Il est également important de tenir compte de la prévalence de la simultanéité relevée dans les monographies. Quand on effectue une étude auprès d'un ou de plusieurs centres dans l'intention délibérée d'étudier la comorbidité, on trouve forcément plus de cas que ceux détectés grâce à des procédures de détection et d'évaluation courantes appliquées par le centre. Je vais vous en donner un exemple. Une unité de psychiatrie a hospitalisé 75 patients. Ils viennent tous du service des urgences de l'hôpital et sont orientés vers l'unité d'hospitalisation régulière. Le psychiatre du service d'urgence dresse quatre diagnostics de consommation abusive d'alcool ou de drogue sur les 75 patients admis. Le personnel hospitalier — deuxième point d'orientation — établit 29 diagnostics du genre sur les

interview with each of the patients in which they count disorders separately for different drugs. They found 187 diagnoses, including alcohol, cocaine and heroin.

This is not an unusual study. The real lesson here is that services, in this case a mental health centre that is well-respected in the community and an in-patient psychiatric hospital, are simply not looking for addiction. They are not trained to look and it does not occur to them to look.

Yet, the co-morbidity is the number one factor predicting poor outcome. Those of us who work in the field feel an almost ethical obligation to look for co-morbidity because we know it is so important in predicting the course of care and the outcomes that will be achieved.

The second reason this is so important concerns the relationship between the co-morbidity and health status, treatment outcome and service utilization. Two to three decades ago, there was a major deinstitutionalization movement in the mental health system. People came out of hospitals. We found we could support them in the community with the appropriate medication. In theory, though as Mr. Kelly has mentioned, we were also supposed to provide a lot of support services to go with this. In reality, it has not happened.

We found that young men in particular — they are generally the first in the community to be afflicted with schizophrenia — were encountering a range of drugs in the community, back in the 1960s, and were simply unable to manage. Research showed early in the deinstitutionalization movement that involvement in alcohol and drugs was the number one factor predicting poor adjustment in the community. Therefore, we have known for some time how the overlap in the problems can affect people trying to manage in the community.

Since then, the research has gone on to show that concurrent substance abuse in mental health is associated with a high risk of relapse and hospitalization, suicide, incarceration, homelessness and family problems — the list can go on so long that you can start to tune it out. This is a list health and social consequences that virtually covers the spectrum — child abuse and neglect, domestic violence, the risk of violence and being victimized, HIV and AIDS, and functional difficulties including unemployment, work instability and chronic problems managing in day-to-day life.

In respect of co-morbidity, think of dealing with problem X — depression, for example, — and add in severe alcohol abuse. The problem is compounded. The effort to manage one's life is

75 personnes hospitalisées. Une semaine plus tard, un groupe de recherche effectue des entrevues de diagnostic auprès de chaque patient et répartit les troubles en fonction des différentes substances consommées. Ils établissent ainsi 187 diagnostics du genre portant sur l'alcool, la cocaïne et l'héroïne.

Cette étude n'a rien d'inhabituel. La vraie leçon qu'il faut retenir ici, c'est que les services, dans ce cas un centre de santé mentale très respecté dans la collectivité et un hôpital psychiatrique de soins internes, ne traquent simplement pas les cas d'alcoolisme/toxicomanie. Le personnel n'est pas formé pour cela et il ne lui vient pas à l'idée de détecter ces cas.

Pourtant, la comorbidité est le premier facteur annonciateur de mauvais résultats. Ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine se sentent presque investis de l'obligation éthique de se mettre en quête des cas de comorbidité parce que nous savons que ce diagnostic est important pour prédire le déroulement des soins et les résultats auxquels nous parviendrons.

La deuxième raison pour laquelle tout cela est important tient au lien qui existe entre la comorbidité et l'état de santé, les résultats des traitements et l'utilisation des services. Il y a 20 ou 30 ans de cela, il y a eu un vaste mouvement de désinstitutionnalisation dans le système de santé mentale. Les gens sont alors sortis des hôpitaux. Nous nous étions dits que nous pourrions subvenir à leurs besoins au sein de la collectivité grâce à des médications appropriées. En théorie, comme M. Kelly l'a mentionné, nous étions aussi sensés leur dispenser en même temps beaucoup de services de soutien. En réalité, ce n'est pas ce qui s'est passé.

Dans les années 60, nous avons constaté que les jeunes hommes, en particulier — ce sont généralement les premiers à être atteints de schizophrénie — pouvaient mettre la main sur tout un éventail de drogues et il nous était alors impossible de les traiter correctement. La recherche a démontré, au début de la désinstitutionnalisation, que la consommation excessive d'alcool et de drogue constituait la première cause d'échec de l'ajustement au sein de la collectivité. Nous savons ainsi depuis un certain temps que le recoupement des problèmes de toxicomanie et de santé mentale peut avoir des répercussions sur les gens qui essaient de s'en sortir au sein de la collectivité.

Depuis lors, la recherche nous a montré que la consommation excessive d'alcool ou de drogue combinée à des problèmes de santé mentale est associée à un risque élevé de rechute et d'hospitalisation, de suicide, d'incarcération, d'itinérance et de problèmes familiaux — et la liste se poursuit ainsi. Il s'agit d'une liste des conséquences sanitaires et sociales qui couvre presque tout l'éventail des problèmes imaginables: violence et négligence infantile, violence domestique, risque de violence et de victimisation, séropositivité et sida et problèmes fonctionnels comme le chômage, l'instabilité au travail et difficultés chroniques dans la gestion de la vie quotidienne.

Pour ce qui est de la comorbidité, prenons un problème X — la dépression, par exemple — et ajoutons-y un grave problème de consommation d'alcool. La situation est compliquée. Il faut

doubled or tripled. I someone who is managing schizophrenia is introduced to cocaine, the impact of everything is doubled and tripled.

Without question, outcomes associated with mental health and ongoing community support are negatively affected by substance abuse. The converse is also true. The outcome of substance abuse is negatively affected by psychiatric impairment. This seems to be particularly the case among opiate addicts, alcoholics and people who abuse cocaine.

Coexisting mental disorders increase the probability of leaving treatment early, which in turn has a negative impact on outcome. Early dropout from treatment can be explained by the fact that many of these clients encounter difficulties engaging in treatment and establishing therapeutic alliance. In effect, they do not trust the system. They have been pushed around the system so much that it is difficult for them to engage. In fact, a person with a mental health problem who is making an application for supportive housing, will not talk to you about their substance abuse because it puts at risk the housing they so desperately need.

If they do remain in treatment, the amount of attention and length of treatment required by these individuals often exceeds the services normally planned by the program. Given the higher risks of relapse, higher likelihood of re-entering more expensive services, and the high likelihood of leaving services prematurely, effective assessment and treatment of people with concurrent disorders will reduce health, social and correctional service costs.

Clients of substance abuse treatment services who are diagnosed with psychiatric disorders also use more health services generally and are more often readmitted to treatment. The frequent use of expensive hospital and emergency services and the persistence of mental health and substance use disorders over time contributes significantly to the extremely high economic cost associated with treatment and ongoing support for these individuals.

Finally, in your study of the mental health field and addiction services in Canada, you need to look at this subpopulation with mixed co-occurring disorders because the services that are provided are not planned and integrated in a way to maximize outcomes. There is widespread agreement that individuals who have co-occurring mental and substance abuse disorders have typically had to seek treatment and support from two very separate service delivery systems. This is particularly true for people with substance abuse problems who also have severe and persistent mental illnesses or personality disorders. Most analysts agree that historical barriers between the two systems are at the heart of many of today's problems experienced by consumers with concurrent disorders who are trying to access the help they need.

doubler voire tripler d'efforts pour arriver à contrôler la vie de quelqu'un qui est dans cette situation. Chez un schizophrène en traitement qui découvre la cocaïne, toutes les répercussions sont doublées, voire triplées.

Force est donc de constater que le résultat des traitements pour maladie mentale associés à un soutien communautaire régulier est perturbé par une éventuelle consommation excessive d'alcool ou de drogue. L'inverse est également vrai. Le traitement des toxicomanies est perturbé par d'éventuels troubles psychiatriques. Il semble que ce soit particulièrement vrai pour les opiomanes, les alcooliques et les cocaïnomanes.

La présence simultanée de troubles mentaux accroît la probabilité d'un arrêt anticipé des traitements, ce qui a forcément un effet négatif sur les résultats. L'arrêt anticipé du traitement peut s'expliquer par le fait que de nombreux clients dans cette situation éprouvent des difficultés à suivre un traitement et à adopter une discipline thérapeutique. En fait, ils ne font pas confiance au système. On les a tellement proménés d'un bord à l'autre, qu'il leur est difficile de s'engager. D'ailleurs, un malade mental qui fait une demande de logement avec service de soutien ne déclare pas de son problème de toxicomanie, parce qu'il risque de perdre le logement dont il a tant besoin.

Ceux qui poursuivent le traitement ont souvent besoin d'une intervention soutenue d'une durée telle que leurs soins dépassent la portée des services normalement offerts dans le cadre du programme qui les accepte. Étant donné le risque élevé de rechute et la réintégration très probable dans des services plus coûteux, de même que la très forte probabilité d'un congé prématuré du service, il est un fait qu'une évaluation et un traitement efficaces des personnes présentant des troubles simultanés permettrait de réduire les coûts pour le système de santé, les coûts sociaux et les coûts en service correctionnel.

Les clients des services de traitement des toxicomanies, qui sont aussi atteints de troubles psychiatriques ont en général davantage recours aux services psychiatriques et ils sont plus souvent réadmis pour être traités. Le recours fréquent aux services d'urgence qui sont coûteux et la persistance des troubles de santé mentale et de toxicomanie dans le temps contribuent à augmenter très nettement les coûts économiques associés au traitement et au soutien régulier des personnes atteintes.

Enfin, dans votre étude sur les services de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie au Canada, vous devrez examiner cette sous-population qui présente divers troubles concourants, parce que les services offerts ne sont ni planifiés ni intégrés en sorte de maximiser les résultats. On s'entend pour affirmer que les personnes atteintes en même temps de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie ont généralement dû réclamer un traitement et des services d'appui auprès de deux ou trois systèmes différents. C'est particulièrement vrai pour ceux et celles qui abusent d'alcool ou d'autres drogues et qui souffrent aussi de maladie mentale grave et persistante ou de troubles de la personnalité. La plupart des analystes disent que les barrières historiques qui existent entre les deux systèmes constituent, depuis

Many factors account for the historical separation of the two systems of care. For example, the needs of the population seeking mental services changed dramatically as a result of the deinstitutionalization movement in the 1960s. People were receiving services in the community. At the same time, we also saw the rapid growth in the availability of alcohol and illegal drugs in the community. The “double trouble” phenomenon began to emerge, and the systems of care and support that were originally designed from a single problem perspective have been playing catch-up for the past 25 to 30 years. As the problems have integrated, the services have moved further and further apart. It makes no sense at all.

Today, it is generally agreed that having two systems of care for people with such an overlap in their constellation of needs has had more negative than positive effects on continuity of care and consumer outcomes. Having two separate systems of care has usually meant parallel or sequential services being delivered across two separate systems: “We will deal with you here, and then we will refer you there.” The problem is that the person may never go, and no one will know.

Poor outcomes are thought to result from three important systemic factors: compounded feelings of stigma, competing perspective on what is the most important problem, and the additional burden of having to retell their story when they move into another program.

Examples of conflicting approaches to treatment are abstinence versus harm reduction goals and philosophical differences in the use of confrontation techniques. The acceptability of psychoactive medication that helps manage the symptoms of mental illness remains controversial in some substance abuse services.

In the worst-case scenarios, the delivery of two separate systems of care and support has meant the individual — often the person with the most severe constellation of problems — is simply referred to the other side. Such referral has also meant little or no case management to ensure contact has been made and that the person has been successfully engaged in the system. Dropout rates from concurrent but poorly coordinated programs can run as high as 60 per cent.

The poor coordination of services is particularly evident in testimonials and the personal stories of consumers participating in the focus groups that we held in the course of our national best practice project. I want to finish with a quote from one of the consumers who spoke to us in the group: She said,

toujours, l’essentiel des problèmes que rencontrent les clients, atteints de troubles simultanés, désireux d’accéder aux services susceptibles de les aider.

De nombreux facteurs interviennent dans cette séparation historique entre les deux systèmes de soins. Par exemple, les besoins de la population en quête de services de santé mentale ont considérablement changé à la suite de la désinstitutionnalisation des années 60. À l’époque, ces gens-là recevaient des services au sein de leur collectivité. D’un autre côté, nous vu qu’il y a de plus en plus d’alcool et de drogues qui circulent dans les collectivités. C’est alors qu’on a commencé à constater le phénomène de simultanéité des troubles et, depuis 25 ou 30 ans, les systèmes de soins et de soutien, à l’origine conçus pour régler un seul problème chacun, essaient de faire du rattrapage. Comme les problèmes se sont combinés, les services se sont de plus en plus distancés les uns des autres, ce qui est totalement illogique.

Aujourd’hui, l’accord est quasi général sur le fait que l’existence de deux systèmes de soins s’adressant à des personnes qui présentent un tel recoupement dans la constellation de leurs besoins est presque plus négative que positive en matière de continuité des soins et de résultats pour les patients. À cause de ces deux systèmes de soins distincts, on a généralement offert des services parallèles ou en cascade: «On va s’occuper de vous ici pour ceci et là-bas pour cela». Le problème, c’est que la personne peut ne jamais se rendre dans l’autre service et que personne ne le saura.

On estime que les piètres résultats en matière de traitement sont dus à trois facteurs systémiques importants: le sentiment complexe de stigmatisation, les désaccords quant au problème le plus important à traiter et le fardeau additionnel que représente le fait de devoir raconter sans cesse son histoire quand on passe d’un programme à l’autre.

Les exemples d’approches conflictuelles en matière de traitement sont l’abstinence par rapport à des objectifs de réduction dangereuse et des différences philosophiques dans l’utilisation des techniques de confrontation. Dans certains services de désintoxication, on accepte encore mal les médicaments psychoactifs susceptibles de contrôler les symptômes d’une maladie mentale.

Dans le pire des cas, à cause de la façon dont les services sont offerts par deux systèmes de soin et de soutien, le patient — très souvent la personne qui souffre du plus grand nombre de problèmes variés — est ballotté. Cela étant, on ne fait que peu voire aucune gestion de cas pour s’assurer que les contacts ont été pris et que la personne a effectivement intégré l’autre système. Le taux de décrochage de programmes concurrents et mal coordonnés peut atteindre 60 p. 100.

La mauvaise coordination des services ressort particulièrement dans les témoignages et dans les récits personnels de patients ayant participé aux groupes de discussion que nous avons organisés à l’occasion de notre projet national sur les pratiques exemplaires. Je terminerai en citant une patiente qui a pris la parole devant le groupe:

I have gotten help for each individual thing but to get help for, like at the same time, you fall between the cracks and if one of your disorders is worse than another and then one doctor thinks you're seeing somebody else, basically nobody's is helping you. Nobody follows up and you kind of disappear in there.

She is referring to co-morbidity and this was a common theme that arose in the groups.

I summarize these three reasons for the problem at the end of my presentation. The overlap is extremely high; the impact on outcome is extremely poor; and we have two quite the separate systems of care trying to manage very intermixed and very integrated sets of problems.

Mr. Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program, Centre for Addiction and Mental Health: I have included a little information guide that we have just recently produced for your information as well. I want to commend the committee for including this topic in your considerations on mental illness and thank you for the opportunity to be here today.

My comments are from a clinical perspective. I want to raise the point that we need to think of people with concurrent disorders as people first. They have had to pay too high a price for their illnesses. Mr. Rush illustrated the difficulty of getting comprehensive care, but their lives are affected negatively in many ways. I would like to point to stigma. These clients often talk about "double trouble" and "double jeopardy." That is an important issue. The fact that these are human problems that involve illness and suffering is a starting point for me.

It is also important to see these as the norm and not the exception. In some ways, that goes against the way the world is set up, as Mr. Rush has illustrated. We need to have systems whereby when one problem is detected, there should be a demand to prove that another problem is not present. That should be the default logic. We do not work that way in either the addiction or mental health system.

From a clinical perspective, an important point is that the effects of the disorders extend beyond those who are diagnosed with the illnesses to their families and others. We are in trying to work with families. There is a hidden burden of suffering that needs to be recognized. We need to address it as part of a health care strategy. It is not well recognized. I do not think the care systems that focus on the individual with the diagnosis have the tools to deal with this.

We also know that the person's best chance of getting a good response comes from having a resilient healthy that is healthy and supportive. Often these chronic illnesses make the family

J'ai obtenu de l'aide pour chaque chose, mais on se sent oublié du système quand on a besoin d'une aide combinée, pour tout à la fois [...] et, quand un de vos troubles est pire qu'un autre, le médecin pense que vous voyez quelqu'un d'autre, mais finalement personne ne vous traite. Il n'y a pas de suivi et on est tout simplement oublié.

Cette patiente parlait de la comorbidité, thème qui était commun dans les groupes.

Je résume ces trois raisons à la fin de mon mémoire. Le recoupement est très élevé; l'effet sur les résultats est particulièrement désastreux et nous devons composer avec deux systèmes de soins particulièrement séparés qui essaient de gérer des ensembles de problèmes par ailleurs très liés et même très intégrés.

M. Wayne Skinner, directeur clinique, Programme des troubles concourants, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Je vous ai fait remettre un petit guide d'information que nous venons juste de produire, pour que vous puissiez en prendre connaissance. Je tiens à vous féliciter d'avoir inscrit ce sujet dans votre étude sur la santé mentale et je vous remercie de votre invitation.

Dans mes remarques, j'adopterai un point de vue clinique. Je tiens à insister sur le fait que nous devons considérer que les personnes atteintes de troubles simultanés sont, d'abord et avant tout, des êtres humains. Elles ont dû payer un prix beaucoup trop élevé pour leur maladie. M. Rush vous a dit à quel point il est difficile d'obtenir des soins complets, mais la vie de ces personnes est durement touchée de nombreuses autres façons. Parlons, par exemple, de la stigmatisation. Ces clients parlent souvent d'une double malédiction. C'est important. Quant à moi, il faut partir du principe que nous avons affaire à des problèmes humains associés à la maladie et à la souffrance.

Il faut également se rendre compte qu'il s'agit là de la règle et non de l'exception. Dans bien des cas, comme M. Rush vous l'a montré, ce genre de problème va à l'encontre de la façon dont le monde est conçu. Nous avons besoin d'un système où, dès qu'un problème est détecté, il faudrait systématiquement enquêter pour déterminer si un autre problème n'est pas simultanément présent. Ce devrait être la logique par défaut. Or, on ne fonctionne pas ainsi ni dans le réseau de désintoxication ni dans celui de la santé mentale.

D'un point de vue clinique, ce qui est important c'est que les effets des troubles sur l'entourage et les autres vont bien au-delà de ceux qui sont simplement associés aux maladies diagnostiquées. Nous essayons de travailler avec les familles. On constate chez elles énormément de souffrance cachée que nous devons prendre en compte. Nous devons régler cela dans le cadre d'une stratégie de soins de santé. Ce problème n'est pas assez reconnu. Je ne pense pas que les systèmes de soins, qui visent surtout à poser des diagnostics dans le cas des patients, disposent des outils nécessaires pour s'attaquer à cet aspect.

Nous savons également que la meilleure façon pour un patient d'obtenir de bons résultats dépend du milieu qui doit être résilient, sain et fonctionnel. Il arrive très souvent qu'en présence

dysfunctional. It is important to think about that when are trying to develop community-oriented approaches to care — which are the most important approaches.

The impact of concurrent disorders is especially devastating on particular groups. The people of Canada's First Nations have very complex problems related to mental health and addictions. The prevalence of these problems is high there. Immigrant and refugee populations suffer from higher rates of concurrent disorders. People in the correctional system also deserve to be identified. Those individuals have alarmingly high rates of addiction and mental health problems. If we are concerned about their effective return to the community and the avoidance of recidivism addressing them must to be seen as a paramount concern.

We need to include the full span of people with addiction and mental problems when developing policies and practices to respond to issues related to concurrent disorders. Traditionally the mental health system has concerned itself with the severely mentally ill. Not surprisingly, that is the population for which we have the most best practice information. We need to move beyond psychosis and severe, persistent mental illness, which affects about 2.5 per cent of the population, to look at the mental health problems that pertain to the broader population. Those include mood and anxiety disorders, impulse control, and personality disorder problems. These are much more prevalent. Most mental health resources cannot extend themselves to those populations because their priority concern is with the severely mentally ill.

On the addiction side, the system has tended to focus on alcohol and illicit drugs, but now we are aware of the need to include tobacco and prescription drug use. We need to go beyond substance use disorders to consider problem gambling and other behavioural addictions and their co-occurrence with mental health problems. We need a broader frame when looking at the impact of these problems in the general population. That would help us develop better prevention and intervention strategies.

We need to set an expectation that everyone receiving care in either the mental health or addiction system is screened and assessed for concurrent disorders. That is not happening now. The index problem with which a person presents determines the resource that they will access. The full set of needs of an individual is not well defined. Dr. Rush gave a powerful illustration of that in his comments.

Evidence-based practices that that can help funders identify what interventions merit financial support and can guide clinicians toward best practice standards are emerging. It has been heartening at the ground level to see the interest in these best

de ces maladies chroniques, les familles soient dysfonctionnelles. Il importe de penser à cela dans l'élaboration de méthodes de soins communautaires, méthodes qui sont les plus importantes.

Certains groupes sont plus susceptibles que d'autres aux troubles simultanés. Il s'agit des membres des Premières nations qui souffrent de problèmes complexes découlant de la prévalence élevée de maladies mentales et de toxicomanies. Les populations d'immigrants et de réfugiés présentent également des taux élevés de troubles simultanés. Les personnes incarcérées méritent, elles aussi, d'être diagnostiquées sur ce plan. Elles présentent des taux incroyablement élevés de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. Si nous voulons effectivement les réintégrer dans la société et éviter qu'elles ne récidivent, il faudrait absolument les aider à régler leurs problèmes.

Nous devons inclure toute la gamme des toxicomanes et des malades mentaux dans la formulation de nos politiques et dans l'élaboration des pratiques destinées à répondre à la question des troubles simultanés. Depuis toujours, le système de santé mentale se préoccupe essentiellement des personnes gravement atteintes. Ce n'est pas étonnant, puisqu'il s'agit de la population pour laquelle nous disposons de plus d'informations en matière de pratiques exemplaires. Eh bien, nous devons ne plus nous arrêter aux psychoses ni aux maladies mentales graves et persistantes qui ne touchent que 2,5 p. 100 de la population, pour nous intéresser plutôt aux problèmes de santé mentale dont souffre une population plus importante. Je veux parler ici des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des impulsions caractérielles et des troubles de la personnalité. Ce sont les problèmes les plus répandus. En général, le personnel en santé mentale ne s'intéresse pas à ces populations, parce que ce sont les malades mentaux gravement atteints qui constituent leur priorité.

Pour ce qui est des cures de désintoxication, le système est davantage axé sur l'alcool et les drogues illicites, mais nous savons maintenant qu'il faudrait inclure le tabac et la consommation de médicaments vendus sur ordonnance. Nous ne devons pas nous arrêter aux troubles de consommation abusive d'alcool et de drogues pour englober les problèmes associés à l'accoutumance aux jeux de hasard et les autres assuétudes comportementales associées à des problèmes de maladie mentale. Nous devons nous appuyer sur un cadre plus large pour envisager les répercussions de ces problèmes dans la population en général. Cela nous permettrait d'adopter de meilleures stratégies de prévention et d'intervention.

Il faudrait que tous ceux et toutes celles qui se présentent pour recevoir des soins, soit en santé mentale soit en désintoxication, soient systématiquement évalués pour la présence éventuelle de troubles simultanés. Ce n'est pas ce qui se passe actuellement. C'est le problème répertorié que présente le patient à son arrivée qui détermine les ressources auxquelles il aura accès. L'ensemble de ces besoins n'est pas bien défini. Le Dr Rush vous a merveilleusement illustré cette situation dans son intervention.

On applique à présent des pratiques fondées sur les résultats cliniques et scientifiques en fonction desquels les bailleurs de fonds peuvent déterminer quelles interventions méritent un appui financier. Les cliniciens peuvent s'inspirer de ces résultats pour

practices among clinicians. There is a great interest in learning and applying these because people doing the work understand that the approaches that we are deploying currently are not optimally effective.

We should set an expectation that programs delivering mental health and addiction services are either “CD-capable” or “CD-specialized.” CD-capable means a service that has the ability to identify, screen for, and offer a first level intervention to people with these problems. A CD-specialized program is one that offers specialized intervention for concurring problems. We have a number of programs at the Centre for Addiction and Mental Health that operate on that basis.

There is a great opportunity to develop a national training agenda to help health care to social service professionals to develop the skills to deliver more integrated and collaborative services. As I mentioned, it has been our experience that we are finding a great appetite for this kind of learning. Often agencies do not have the resources to send staff for training, but where it is done, it is quite successful. I have an addendum that describes a way of looking at the two systems and ways in which they could work more effectively in working with concurrent disorders, and how training strategies could be developed to help them.

Finally, while the cost of mental health and addiction problems runs in the tens of billion of dollars in Canada each year, it is important to recognize that a number of behaviours that have addictive liability are regulated by the state, which actually derives considerable tax revenue from them. This includes tobacco, alcohol and, more recently, gambling. It has been estimated that more than one-half the revenues from alcohol and gambling come from the 10 per cent of people that spend the most money on these activities. This 10 per cent of the population group is at the highest risk for addiction to these behaviours. There is strong reason for government to challenge itself to develop proactive strategies towards prevention, treatment and research of addictive behaviours and their mental health co-morbidities. However, beyond that, there is strong evidence that social spending to prevent and treat addiction mental health problems provides an excellent return on investment. It is not unreasonable to expect that more of the tax revenues resulting from behaviours with addictive potential be invested in helping people who are harmed by these behaviours.

The Chairman: Ms. Bois, please proceed with your comments.

appliquer des normes de pratiques exemplaires. Il est réconfortant de voir, sur le terrain, l'intérêt que les cliniciens affichent envers ces pratiques exemplaires. Ils se montrent très intéressés à les apprendre et à les appliquer parce que ceux qui font le travail sont conscients que les approches actuelles ne sont pas vraiment efficaces.

Nous devrions exiger que les programmes de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies soient qualifiés d'«aptes en TS» ou de «spécialisés en TS». Aptes en TS veut dire qu'un service est en mesure de détecter, de filtrer et d'offrir un service d'intervention au premier niveau aux personnes souffrant de troubles simultanés. Un programme spécialisé en TS, lui, offre une intervention spécialisée en la matière. Nous comptons plusieurs programmes au centre de toxicomanie et de santé mentale qui appliquent ces principes.

Nous avons la possibilité de mettre en oeuvre un programme national de formation destiné à aider les professionnels des services sociaux et des soins de santé afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour offrir des services davantage intégrés et coopératifs. Comme je le disais, nous nous sommes rendu compte que ce genre de formation est très en demande. Il arrive très souvent que les organismes n'aient pas les ressources nécessaires pour envoyer leur personnel en formation, mais quand elles le peuvent, les résultats sont probants. J'ai ici un addenda qui décrit une façon d'envisager les deux systèmes pour parvenir à de meilleurs résultats dans le cas des troubles simultanés, et qui indique aussi comment élaborer des stratégies de formation pour faciliter le tout.

Enfin, si le coût des problèmes de santé mentale et de toxicomanie se chiffre en dizaines de milliards de dollars au Canada chaque année, il importe de reconnaître que plusieurs comportements à caractère toxicomanogène sont réglementés par l'État qui en tire des revenus considérables. On pensera au tabac, à l'alcool et, plus récemment, au jeu. On estime que près de la moitié des recettes provenant de la vente d'alcool et des jeux de hasard sont attribuables à 10 p. 100 des consommateurs qui dépensent le plus dans ces activités. Ces gens, qui font partie des 10 p. 100, constituent le groupe de population présentant le plus de risque d'assuétude à cause de leur comportement. Il y a de bonnes raisons pour lesquelles le gouvernement devrait envisager d'adopter des stratégies anticipatoires de prévention, de traitement et de recherche en matière de comportement toxicomanogène et de problèmes de comorbidité en santé mentale. De plus, il est bien établi que les dépenses sociales visant à prévenir et à traiter les problèmes de toxicomanie et de santé mentale offrent d'excellents retours sur investissement. Il ne serait pas déraisonnable que davantage de revenus fiscaux prélevés sur des comportements potentiellement toxicomanogènes soient réinvestis pour aider les personnes qui sont victimes de tels comportements.

Le président: Madame Bois, c'est à vous.

Ms. Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders, Centre for Addiction and Mental Health Centre: Dr. Patrick Smith was to be here today, but he is ill and unable to attend. I will make a few comments and some recommendations in his stead.

You have certainly heard about the prevalence and needs. My colleagues have talked about the barriers and some of the serious underfunding. I will speak to what will support concurrent disorders and what is needed to address these issues.

We actually need an approach that is bottom-up and top-down, both from the provincial and federal governments. Across Canada there are a number of bottom-up initiatives. Some jurisdictions are engaged in coordination and planning activities and have been creative in their efforts. I will leave a report with you that documents two communities in Ontario where mental health and addiction systems came together to look at what they could do cooperatively to enhance their ability to provide service.

Many training initiatives are happening. People truly want to enhance their competencies to provide better service. We are working on projects that will address stigma and that will allow people to address their attitudes and values concerning concurrent disorders. We are looking at developing models to provide supports to families. We are looking at conducting research and disseminating that research information around appropriate screening and assessment tools.

There has been support in principle from the top down for coordinating and enhancing capacity in some jurisdictions. However, we need — and we do not have — a policy framework that speaks to concurrent disorders. In that sense, we could have more top-down support. For example, any mental health strategies need to be tied into a national drug strategy. We need support for demonstration projects and for ongoing training and skill-building initiatives. We need the development of resources and training content to support those initiatives.

In summary, we recommend the development of a national clearinghouse. This would function for the 10 provinces and three territories. This function could collect, organize and disseminate the information and resources on concurrent disorders to enable other planning, coordination and training initiatives. This function could be provided within a national health strategy.

It is fundamental that addictions and mental health be tied together and not put in siloed as they are now.

Mme Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants, Centre de toxicomanie et de santé mentale: Le Dr Patrick Smith aurait dû être avec nous aujourd'hui, mais comme il est malade, il n'a pu se présenter. Je commencerai par quelques remarques avant de terminer par des recommandations en son nom.

Vous avez sans doute entendu parler de prévalence des troubles et des besoins des patients. Mes voisins vous ont parlé des obstacles et de quelques graves problèmes de sous-financement. Personnellement, je me propose de vous entretenir au sujet des troubles concourants et de ce qu'il faut faire pour régler ce genre de problème.

Nous avons adopté une approche verticale, dans le sens ascendant et dans le sens descendant, tant au niveau des gouvernements provinciaux que du gouvernement fédéral. Partout au Canada, on dénombre des initiatives qui partent de la base. Certains ressorts conduisent des activités de coordination et de planification et ont fait preuve de créativité dans les efforts déployés. Je vous remettrai un rapport qui donne l'exemple de deux collectivités ontariennes où les systèmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies ont uni leurs efforts pour voir ce qu'ils pouvaient faire ensemble afin d'améliorer leurs prestations de service.

Par ailleurs, de nombreux projets de formation ont été lancés. Les gens veulent vraiment améliorer leurs compétences afin d'offrir un meilleur service. Nous sommes en train de travailler à des projets qui visent à s'attaquer à la stigmatisation et qui permettront aux gens de modifier leur attitude et à adopter d'autres valeurs face aux troubles simultanés. Nous envisageons d'élaborer des modèles pour venir en aide aux familles. Nous voulons aussi entreprendre des recherches et diffuser l'information que nous recueillerons à cette occasion relativement aux outils de dépistage et d'évaluation les mieux adaptés.

On constate que le haut de la pyramide appuie, en principe, la notion de coordination et d'amélioration des moyens dans certaines juridictions. Cependant, il nous faut un cadre politique qui porte sur les troubles simultanés, cadre que nous n'avons pas. Si un tel cadre existait, nous aurions davantage d'appui du haut vers le bas. Par exemple, il faudrait établir un lien entre les stratégies en santé mentale et la stratégie canadienne antidrogue. Nous avons besoin de fonds pour des projets de démonstration et pour des initiatives suivies de formation et d'acquisition des compétences. Pour appuyer ces initiatives, il faudra perfectionner les ressources et améliorer le contenu des cours de formation.

Pour résumer, nous recommandons la création d'un bureau national pour les dix provinces et les trois territoires. Il serait chargé de recueillir, de structurer et de diffuser l'information et d'administrer les ressources sur les troubles simultanés afin de permettre le lancement d'initiatives de planification, de coordination et de formation. Cette fonction serait assurée dans le cadre d'une stratégie nationale en santé.

Il est essentiel de décloisonner les systèmes de traitement de la toxicomanie et de traitement des problèmes de santé mentale.

The Chairman: I should like to make two points to the panel. One is directed to Mr. Kelly. I do not dispute any of the data that you gave because I happen to have a sister who manages a community home. However, I have a problem when someone's brief focuses entirely on the need for more money and does not speak to the changes to be made to the system. That is not to dispute the need for more money but there was not a word about how we would do anything different. Your presentation was based entirely on, "send more money and we will be fine." Let me put both issues on the table. I suspect that may warrant a response from you.

The second point is directed to the group from CAMH. When we studied mental health, it seemed obvious to us that mental illness and addiction inevitably would co-exist in many people. Thus, we naturally put them together. Yet, when I read the briefs and listen to the comments, for the life of me I do not understand why getting people to work together is deemed so suddenly enlightening. I do not understand how we came to that. I believe that it was in Mr. Skinner's comment, "there is a growing readiness among practitioners..." I do not know why it was not there from the beginning.

Could someone enlighten the committee on how we came to be in this situation of silos? We thought there were many silos in the acute care system. However, this committee has discovered that the numbers of silos in the mental health system is triple or quadruple the number of silos in the acute care system. I am surprised that mental health and addiction grew up side-by-side and not coordinated. None of you have explained why that happened. Are we dealing with the classic professional jealousy issue — a not-on-my-turf issue?

I am curious about how we came to be where we are on this issue and about how public policy could force change? I do not think you can pull silos together too easily. It must be in everyone's best interest to do so — even if it requires a strategy of making them an offer they cannot refuse.

Could you provide the committee with a bit of history and, more importantly, what the solutions would be? I will turn to Mr. Kelly first.

Mr. Kelly: I have great concern coming here to speak only to the need for additional funding for community mental health and addiction programs. However, we have to get down to the basic facts. The fact is that those programs have been starved for 12 years and have seen major declines.

Before we can begin to move forward and build a progressive, integrated system that locks into our acute system and diverts people from courts, court services and the jail system, and that gets people out of emergencies, we have to stabilize the system because we can no longer respond.

Le président: Je tiens à faire deux remarques à nos experts. La première s'adresse à M. Kelly. Je ne conteste pas les données que vous nous avez fournies, parce qu'il se trouve que j'ai une soeur qui s'occupe d'un foyer communautaire. Il demeure que j'ai toujours du mal quand l'intervention d'un témoin consiste exclusivement à réclamer plus d'argent sans traiter des changements à apporter au système. Je ne conteste pas qu'il vous faille plus d'argent, mais je ne vois rien ici de ce que nous devrions faire de différent. Votre exposé revient essentiellement à dire «Donnez-nous plus d'argent et tout ira bien». Voilà pour ce que j'avais à dire et je suppose que vous allez réagir à mes propos.

Ma deuxième remarque s'adresse aux représentants du CTSM. Quand nous avons étudié la santé mentale, il nous est apparu évident que les maladies mentales et la toxicomanie sont deux problèmes qui se retrouvent inévitablement chez bien des gens. Ce faisant, nous les avons naturellement associés. Pourtant, en lisant vos mémoires et en écoutant ce que vous nous avez dit, je ne comprends vraiment pas pourquoi il est soudainement si instructif de dire qu'il faut faire en sorte que les gens collaborent. Je ne comprends pas comment nous en sommes arrivés là. Je crois que c'est M. Skinner qui a dit que les professionnels de la santé sont de plus en plus prêts à collaborer. Je ne comprends pas pourquoi ils ne le sont pas depuis le début.

Quelqu'un pourrait-il éclairer le comité sur la façon dont nous en sommes arrivés à ce genre de cloisonnement? Nous pensions qu'il y avait de nombreuses cloisons dans le système des soins de courte durée. Cependant, ce comité a découvert que le nombre de cloisons dans le système de santé mentale est trois ou quatre fois supérieur à celui qu'on trouve dans le réseau des soins de courte durée. Je m'étonne qu'on ait pu laisser évoluer le réseau de soins de santé mentale et le réseau de traitement des toxicomanies côte-à-côte sans les coordonner. Aucun de vous ne nous a expliqué ce qui s'était passé. Est-ce un cas de jalousie professionnelle classique, de «partout, sauf chez moi»?

J'aimerais savoir comment nous en sommes arrivés là et comment la politique gouvernementale pourrait imposer un changement? Je n'ai pas l'impression qu'on puisse aussi facilement que cela abattre des cloisons. Il faut que tout le monde y trouve son intérêt, quitte à adopter pour stratégie de faire aux gens une offre qu'ils ne pourront refuser.

Pourriez-vous commencer par un bref historique de la situation et surtout par nous dire quelles solutions nous pourrions appliquer? Je cède d'abord la parole à M. Kelly.

M. Kelly: Je n'aime pas trop l'idée de venir vous réclamer des fonds supplémentaires pour les programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Cependant, il faut garder les pieds sur terre. Il est un fait que ces programmes meurent à petit feu depuis 12 ans et qu'ils ne sont plus que l'ombre de ce qu'ils étaient.

Avant d'envisager de bâtir un réseau progressiste, intégré, qui va nous permettre d'accueillir dans notre système de soins de courte durée des personnes qui, autrement, se retrouveraient devant les tribunaux, en prison et dans les salles d'urgence, nous devons stabiliser le système actuel parce qu'il n'est plus en mesure de réagir.

Within the mental health and addiction sector there are numerous examples of excellent work that is improving access to services. For example, there are 21 supportive housing providers in the City of Toronto who have come together to create a program that provides one-stop access for supportive housing for all mental health and addiction clients in the community. The problem is that the program has been in place for two years and they have gone as far as they can. They cannot move it any further. They are waiting for approximately \$80,000 per year to fund the program.

The Chairman: We have heard about the 12-year freeze in Ontario before. Has that only happened in Ontario or have the programs been starved everywhere as best as you know?

Mr. Kelly: It varies in different parts of the country. Generally, across the country, we there has been a very intense focus on acute care services over the course of 10 or 12 years. Housing and case-management programs were devalued during that time period. We have created a vicious cycle because we have more requirements for acute care when people would be better served by community-based services. It is hit and miss across the province, but it has been a general trend.

I will go back to my other comment on examples of excellent coordination that exist across the province. In Thunder Bay they have tables where not only mental health and addiction service providers but also long-term care, community-based providers are trying to coordinate services. The problem and the reality is that most of that is done on the goodwill of volunteers and the donation of resources of these community-based organizations. There is no policy support coming out to address those issues.

I understand that you do not want to hear about the funding because that becomes a drone. However, until those sectors are stabilized, we cannot go forward as a system.

You noted that it is interesting that suddenly talk about working together. We have to look at how policies from health ministries across the country have affected how service delivery has developed. We also have to look at funding mechanisms that go to community-based services — how they are funded as compared to hospitals, doctors or other parts of the health care system. That is one part of the problem.

The Chairman: You mean because they are funded as silos?

Mr. Kelly: In Ontario — correct me, you would have a better history, I think — we had addictions and mental health together, then we had addictions broken off into the Ontario Substance Abuse Bureau, then they moved back and then they moved out again. The ministry has been creating those silos.

Dans le secteur de la santé mentale et du traitement des toxicomanies, nous ne manquons pas d'exemples du travail excellent qui est fait pour améliorer l'accès aux services. Par exemple, 21 administrateurs de logements avec service de soutien à Toronto se sont regroupés pour créer un programme à guichet unique en matière de logement supervisé pour tous les clients de la ville qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. La difficulté tient au fait que ce programme est en place depuis deux ans et qu'il n'a pas permis de faire autant que nous l'aurions souhaité. Aujourd'hui, il ne peut aller plus loin. Ces administrateurs attendent environ 80 000 \$ par an pour financer le programme.

Le président: On nous a déjà parlé du gel de 12 ans annoncé par l'Ontario. À ce que vous sachiez, ce problème est-il limité à l'Ontario ou les programmes sont-ils sous-financés partout au Canada?

M. Kelly: Cela varie d'un coin du pays à l'autre. En général, on peut dire qu'on a beaucoup misé sur les services de soins de courte durée au cours des 10 ou 12 dernières années. Les programmes de logement et de gestion de cas ont été méconsidérés pendant cette période. Nous avons ainsi créé un cercle vicieux parce que la demande en soins de courte durée est supérieure tandis que nous pourrions mieux servir les mêmes patients grâce à des services communautaires. En Ontario, tout se fait au petit bonheur, mais on pourrait dire que c'est une tendance générale.

Je vais en revenir aux exemples d'excellente coordination un peu partout dans la province. À Thunder Bay, nous avons des tables où les fournisseurs de services de soins en santé mentale et en toxicomanie s'assoient aux côtés de fournisseurs de soins de longue durée et de soins communautaires pour essayer de coordonner leurs efforts. Le problème, c'est que le gros de ce travail dépend de la volonté des bénévoles et du déblocage de ressources par les organisations communautaires concernées. Il n'existe aucune politique visant à régler ces problèmes.

Je comprends bien que vous ne vouliez pas qu'on parle de financement, parce que cela devient pénible. Cependant, tant que ces secteurs ne seront pas stabilisés, nous ne pourrons pas progresser.

Vous vous êtes étonné qu'on parle soudainement de collaboration. Il faut voir de quelle façon les politiques des différents ministères provinciaux de la Santé ont influé sur la prestation de services. Il faut s'intéresser aux mécanismes de financement des services communautaires à la façon dont on finance les hôpitaux, les médecins et les autres parties du réseau de la santé. C'est là une partie du problème.

Le président: Attribuez-vous cela au fait que le financement aussi est cloisonné?

M. Kelly: À l'origine, en Ontario — mais vous pourrez me corriger parce que vous connaissez peut-être mieux la situation que moi — les programmes de traitement des toxicomanies et des maladies mentales étaient regroupés puis, le programme de toxicomanie s'est séparé pour devenir le Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie avant de faire de nouveau partie d'un seul et même système avec les soins de santé et, encore une fois, d'en être séparé. C'est le ministère qui a créé ces cloisons.

The Chairman: The fact that people have responded to the particular funding structure is hugely positive from our point of view. It says that if we can get the right incentives into the funding system, the silos will break down in a hurry because they will chase the money. That is very encouraging. That is partly what I meant by making them an offer they cannot refuse.

Does CAMH want to comment on that?

Mr. Skinner: There are positive aspects in the history; it is not all a negative story. However, it is the story of two traditions that have gone along parallel tracks. There is now a more consensual awareness that those tracks need to converge.

I could give reasons for why the systems are not working. I would not put it at the level of people who are doing the work actually. I would suggest that the fundamental problems are ideological and structural. Ideologically, addiction has a long history that does not involve a medical model. It involves many people in recovery and a number of other things. That is a strong tradition. You then have the mental health tradition that has been preoccupied with the severely mentally ill. In those traditions, large populations have been ignored.

As we turn our attention more to those populations of people with moderate substance abuse problems rather than people who are severely addicted, for example, we have had to change our views on this. At the practical level, many people are working ad hoc trying to bind together responses to help particular clients. At the level of the systems, we have two structural worlds that have been set up along different traditions. We have to bring those together.

Our experience at the Centre for Addiction and Mental Health, which was a bit of an implosion of four services — two for addiction and two for mental health — has been that that is possible. However, we need to see it as an ongoing bit of work as well. We still have much work to do, and we do not have bragging rights to be so excellent at this.

The Chairman: I have one question for clarification. You comment on the two models. Senator LeBreton and I have spoken separately to a number of groups about some of the things we learned at the committee. One point we make is that people in this area seem to approach the issue from the medical model and others approach it from the social model — never the twain shall meet. I am using language that is different from yours, but that is essentially what you mean when you said that there are two models. Correct?

Mr. Skinner: Yes. A bio-psycho-social model of both of these sets of problems is emerging and most people subscribe to it, at least rhetorically. There is an increasing willingness to work together. Rather than contesting which is the more important problem, people are realizing that we must see both as primary issues and that we need to work aggressively on both issues if we are to get good outcomes for people. Programs that are doing that are building the evidence base of successes.

Le président: Nous trouvons très positif le fait que les gens aient réagi à cette structure de financement. Si nous pouvions disposer des bons incitatifs dans le système de financement, ces cloisons s'écroulèrent, parce que les gens se mettraient à courir après l'argent. C'est très encourageant. C'est en partie ce que je veux dire quand je propose de leur faire une offre qu'ils ne pourront pas refuser.

Le CTSM veut-il réagir à cela?

M. Skinner: Il y a des choses positives ici, parce que tout n'est pas négatif. Il demeure que cette tradition de dédoublement ne date pas d'hier. On s'entend de plus en plus, aujourd'hui, sur le fait qu'il faut tendre vers la convergence.

Je pourrais vous expliquer pourquoi ces systèmes ne fonctionnent pas. En fait, je n'attribue pas les causes du mal aux personnes qui font le travail. Selon moi, les principaux problèmes sont d'ordre idéologique et structurel. Sur le plan idéologique, on n'associe pas la toxicomanie à un modèle médical. Plusieurs personnes interviennent dans les cures et ailleurs. La tradition est bien ancrée. Et puis, il y a la tradition des soins de santé selon laquelle on s'attarde principalement aux malades mentaux gravement atteints. À cause de ces traditions, on a négligé un très grand nombre de patients.

Quand on s'intéresse davantage, par exemple, aux toxicomanes modérés plutôt que profonds, on se rend compte qu'il faut changer de point de vue. Sur le plan pratique, les gens appliquent des approches ponctuelles pour adapter leurs interventions aux besoins de leurs clients. Au niveau du système, nous avons affaire à deux univers qui obéissent à des traditions différentes. Il faut donc regrouper les deux.

C'est possible, comme nous l'avons constaté au Centre de toxicomanie et de santé mentale qui est le résultat de l'implosion de quatre services — deux spécialisés en traitement des toxicomanies et deux en traitement des maladies mentales. Cependant, ce travail s'inscrit aussi dans la durée. Il nous reste encore beaucoup à faire et nous ne pouvons pas prétendre que nous sommes des modèles de référence.

Le président: J'ai une précision à vous demander. Vous avez parlé de deux modèles. Le sénateur LeBreton et moi-même nous sommes entretenus, de notre côté, avec plusieurs groupes sur certaines choses que nous avons apprises en comité. Nous avons constaté que les uns semblent vouloir appliquer le modèle médical et les autres le modèle social mais que les deux ne s'entendent pas. Je m'exprime différemment par rapport à vous, mais c'est essentiellement ce que vous voulez dire quand vous parlez des deux modèles. N'est-ce pas?

M. Skinner: Oui. Il se dégage, de cet ensemble de problèmes, un modèle bio-psycho-social auquel la plupart des gens adhèrent, du moins en paroles. Les gens semblent de plus en plus disposés à collaborer. Plutôt que de s'accrocher à l'identification du problème le plus important, les gens se rendent compte qu'il faut considérer que les deux sont fondamentaux et qu'il convient de s'y attaquer de façon dynamique pour parvenir à de bons résultats pour les patients. Les programmes qui appliquent cette recette réussiront.

The Chairman: Is your sense that some may agree on a joint model, for example, as long as a psychiatrist is in charge?

Mr. Skinner: No, I would say not. The psychiatrist is an important member of the team. They have certain skills and certain responsibilities that are singular. However, I would say that most people in mental health adhere to multidisciplinary teams. That is heartening important people on the addiction side who probably came to these joint relationships with a bit of paranoia.

The Chairman: Correct. That is why I asked the question.

Ms. Bois: I wish to add one further comment. You mentioned the psychiatrist being the head of the team. Alternate funding plans for physicians and, in particular, psychiatrists, would be useful to allow psychiatrists to be involved in the training and planning activities that would be important to bringing these two fields together. That is one of the barriers that we had not mentioned.

The Chairman: If it is structured properly, presumably there is an incentive for them to move in that direction.

Ms. Bois: Yes.

Senator Morin: It is a barrier in Ontario. The other provinces have other systems.

I would like to address my comments to Dr. Rush on the issue of de-institutionalization. Psychiatric institutions in the 1950s were 100 per cent federally supported. This was terminated in the 1960s and the provinces had to support the institutions. This was partly why patients were moved away from dedicated psychiatric institutions and sent into the communities, mainly large urban communities.

At the same time, there was an increase — as you pointed out — of substance abuse. That is not surprising because 50 per cent of those who are substance abusers are mentally ill. There was a sudden rush. We were told last week that hopelessness coincided with this phenomenon. We were also told that the increased prevalence of mental illness in correctional institutions occurred at the same time.

Is it better for you to be in a psychiatric hospital or to be in jail? Is it better for you to spend the night in a psychiatric institution or on the sidewalk on Yonge Street? Much of that was rationalized. It was financial, but it is easy to rationalize. In some countries — Italy for example — institutions were completely closed down for financial reasons.

You know this better than I do. Many patients do not want to be discharged. They want to remain. I realize that it is undue, but for various reasons, there is a proportion of patients who are sent

Le président: Estimez-vous que certains peuvent être d'accord avec un modèle conjoint, par exemple, dans la mesure où un psychiatre est responsable?

M. Skinner: Je dirais que non. Le psychiatre est un membre important de l'équipe. Il possède certaines compétences et est investi de certaines responsabilités. Cependant, je dirais que la plupart des gens qui travaillent dans le secteur de la santé mentale optent pour la formule des équipes multidisciplinaires. Celle-ci rassure les gens qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie et qui se sentaient un peu paranoïaques quand ils se sont retrouvés dans des équipes mixtes.

Le président: C'est exact. C'est pour cela que je vous ai posé la question.

Mme Bois: Je voudrais ajouter une chose. Vous avez dit que le psychiatre devrait être responsable de l'équipe. Il serait utile de pouvoir appliquer d'autres plans de financement pour les médecins, en particulier pour les psychiatres, afin de leur permettre de prendre part aux activités de formation et de planification susceptibles de favoriser le regroupement des deux secteurs dont nous parlons. C'est un obstacle que nous n'avons pas mentionné.

Le président: Autrement dit, si les choses sont bien organisées, on peut penser que ces gens-là seraient poussés à aller dans ce sens.

Mme Bois: Oui.

Le sénateur Morin: C'est un obstacle en Ontario, parce que les autres provinces disposent d'autres systèmes.

Je vais adresser mes remarques au sujet de la désinstitutionnalisation au Dr Rush. Dans les années 50, les établissements psychiatriques étaient entièrement financés par le gouvernement fédéral. Ce n'est plus le cas depuis les années 60 et ce sont les provinces qui ont pris le relais. C'est en partie la raison pour laquelle les patients ont été sortis d'établissements psychiatriques spécialisés pour se retrouver au sein de leur collectivité, essentiellement dans des grandes villes.

Dans le même temps, comme vous l'avez souligné, nous avons assisté à une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues. Ce n'est pas étonnant parce que 50 p. 100 des toxicomanes sont des malades mentaux. Tout d'un coup, tout s'est accéléré. La semaine dernière, on nous a dit que ce phénomène est dû au désespoir. On nous a également dit qu'il y a de plus en plus de cas de maladie mentale dans les établissements correctionnels.

Est-ce mieux de se retrouver dans un hôpital psychiatrique ou en prison? Est-ce mieux de passer la nuit dans un établissement psychiatrique ou sur un trottoir de la rue Yonge? Il faut rationaliser tout cela. Certes, le problème est financier, mais il est facilement de rationaliser la chose. Dans certains pays — en Italie, par exemple — des établissements complets ont été fermés à cause de problèmes financiers.

Vous connaissez cela mieux que moi. Nombre de patients ne veulent pas être renvoyés chez eux. Ils veulent rester en établissement. Je me rends compte que c'est déplacé, mais pour

out onto the street. We are talking dollars and cents here. I do not think this is the main issue. However, as we were talking about saving money, I wonder if we are, in fact, saving all that much by putting people into the street. We are sending them to jail. As the co-morbidity increases, we see an increase of AIDS. It costs \$20,000 a year to treat a patient with AIDS. There is also increased violence and so forth.

Perhaps we should consider institutionalization for those who accept it. You have repeatedly said that we do not have the resources in the community. Mr. Kelly has been saying that we do not have the resources. The patients are in jail, and this and that happens. Perhaps we should consider institutionalization and come back to that system.

Mr. Rush: I have spent most of my career working in the addiction field. I do not consider myself to be a world expert on the deinstitutionalization movement in mental health. However, I would offer my perspective that a bit too much has been made historically about the financial incentives for the deinstitutionalization movement.

Most of the hospitals still exist — they are partly empty — and there is still a huge financial drain, and the money that was saved has not been reinvested. Rather, it has been scooped by other parts of government. It has not been invested sufficiently in the kinds of supports that are needed to keep people in the community.

The main reasons for providing services to people in the community relate to humanitarianism and respect and dignity — the same rationalization that has been given for providing community supports for people with developmental disabilities. Almost all those institutions have been closed, and people are being quite well supported in the community with supported employment, supported education, and housing — all the supports they need. The mental health field could learn a lot from the developmental disability field and the kind of investment it might take to support people in the community, which would still save money in addition to providing people with dignity, respect and a choice to live in the community and not in psychiatric institutions.

I would not see turning the clock back to re-institutionalization. It may have gone too far in the sense of providing not enough accommodation or residential support. Hospitals did provide shelter and did provide a safe place for people to live, by and large.

Senator Morin: They were a safe place for people who felt they could not cope outside. They knew that they would commit crimes and become addicts and be violent. They may have preferred being in an institution instead of being in jail.

plusieurs raisons, un grand nombre de patients se retrouvent dans la rue. Il est question d'argent, mais je ne pense pas que ce soit le principal problème. Il demeure que je demande si nous économisons vraiment beaucoup en jetant les gens dans la rue. Nous les envoyons en prison. La comorbidité augmente et nous assistons à une augmentation du nombre de cas de sida. Il en coûte 20 000 \$ par an pour traiter un sidatique. Et puis, on note aussi une augmentation de la violence et de bien d'autres problèmes.

Nous devrions peut-être envisager d'hospitaliser pour longue durée celles qui y seraient prêts. Vous ne cessez de répéter que nous ne disposons pas des ressources nécessaires au sein de la collectivité. M. Kelly dit que nous n'avons pas ces ressources. Les patients se retrouvent en prison et c'est ce qui se passe. Peut-être devrions-nous envisager de les institutionnaliser et de revenir à l'ancien système.

M. Rush: J'ai passé la plus grande partie de ma carrière dans le domaine du traitement des toxicomanies et je ne me considère pas comme un expert mondial de la désinstitutionnalisation dans le secteur de la santé mentale. J'estime personnellement, qu'on a beaucoup trop dépensé en incitatifs financiers dans le passé pour favoriser la désinstitutionnalisation.

La plupart des hôpitaux existent encore — ils sont en partie vides — et il existe encore un important déficit financier, parce que l'argent qui a été économisé n'a pas été réinvesti dans le réseau. Il s'est plutôt retrouvé dans d'autres programmes gouvernementaux, mais on n'a pas suffisamment investi dans le genre de soutien dont les gens ont besoin pour demeurer dans la collectivité.

C'est au nom de l'humanisme, du respect et de la dignité humaine que l'on se doit d'offrir des services communautaires — ce sont les mêmes raisons qui ont été données pour apporter un soutien communautaire aux personnes souffrant de déficience développementale. Presque tous ces établissements ont été fermés et les patients sont bien traités dans leur collectivité, grâce à des emplois supervisés, à une éducation supervisée et à des logements avec services de soutien — autrement dit, ils reçoivent tout l'appui dont ils ont besoin. Le domaine de la santé mentale pourrait beaucoup apprendre de celui de la déficience développementale et du genre d'investissement qui permettrait d'accueillir les patients dans leur collectivité, ce qui permettrait d'économiser tout en traitant les gens dans la dignité et le respect, et en leur donnant le choix de vivre au sein de leur collectivité plutôt que dans des établissements psychiatriques.

Je ne voudrais pas que nous revenions à l'institutionnalisation. Nous sommes peut-être allés trop loin parce que nous n'offrons pas assez de soutien résidentiel aux patients. Les hôpitaux fournissaient un abri et un lieu sûr à ceux qu'ils accueillaient.

Le sénateur Morin: Ils étaient des lieux sûrs pour ceux qui ne pouvaient survivre à l'extérieur. On savait que ces gens-là étaient susceptibles de commettre des crimes, de devenir des toxicomanes et d'être violents. Il est possible qu'ils aient préféré se trouver dans des hôpitaux plutôt qu'en prison.

Mr. Rush: I understand the concern. I invite you to think in terms of levels of care. Institutionalization in the hospital is the most intensive, highest support form of care. In the other extreme there is living in the community with case management and minimal supports. In the middle — and what we do not have in Ontario, mostly because of policy and funding decisions — are the residential services that can provide a middle level of support for people. They are not institutions; they are community residences where people can still live and be protected, yet have the dignity of living out their lives in a home instead of a hospital bed.

England has invested heavily in these services and found just changing the environment of some of these services to a more home-like atmosphere has decreased the use of medication and improved the quality of life. People felt good about themselves living there. We have been unable to fund those services. There is the argument in Ontario that the Ministry of Health does not fund houses. We do not fund bricks and mortar anymore. We fund outpatients and ambulatory services.

Again, I would not see a need to turn the clock back to institutions, but there may be forms of residential support that are needed. We certainly need to take the money we are saving from closing hospital beds and reinvest it seriously in community supports, including addiction.

Senator Cook: I am from Newfoundland, which has a much smaller client population. As I have listened throughout these committee hearings, I feel that we are doing well for the client population that we represent.

I hear you loud and clear about deinstitutionalizing that client population. In my province, they did go out without the appropriate support to be able to achieve some kind of semi-independent living. However, as I look back, the community responded. Perhaps we are a bit ahead of the game. We have evolved.

NGOs in my province play a large role in assisting this client population. You have all said it in some form or another; it is ad hoc. There is no standard except for the level of care and the standard that we give.

Out of that evolved a social centre of which I am proud to continue to belong today. It is close to 30 years old. Initially, it was a place to come in out of the cold, and nothing more. It evolved through Rotary, and through governments cutting our funding from \$70,000 down to \$20,000. However, we are still there and providing a service. Participation at the centre is voluntary. The consumers set certain standards. It is a good news story.

Senator Fairbairn is aware that we have a hockey team — a farm team — the Maple Leafs. They gave us a grant of \$17,000 for a literacy program. This was a voluntary program, but once

M. Rush: Je comprends bien. Je vous invite à raisonner en termes de niveaux de soins. L'institutionnalisation dans un hôpital est la forme la plus intensive de soins. À l'autre extrême, il y a la gestion des cas et le soutien minimal que l'on apporte dans la collectivité. Au milieu — ce que nous n'avons pas en Ontario, essentiellement à cause de décisions politiques et de décisions de financement — on trouve les services résidentiels qui peuvent offrir de nombreux niveaux de soutien. Ce ne sont pas des institutions, ce sont des résidences communautaires où les patients peuvent vivre et se sentir à l'abri, tout en conservant la dignité que confère la vie chez soi plutôt que dans un hôpital.

L'Angleterre a beaucoup investi dans ces services et l'on a constaté que le simple fait de modifier le milieu de vie, pour qu'il ressemble davantage à celui d'un domicile, a permis de réduire l'utilisation de médicaments et d'améliorer la qualité de vie des patients. Les gens se sentent bien quand ils vivent dans un tel milieu. Nous ne sommes pas en mesure de financer ce genre de service. En Ontario, on soutient que le ministère de la Santé n'est pas là pour financer des foyers. Nous ne finançons plus ce qui est fait de briques et de mortier. Nous finançons les services externes et les services ambulatoires.

Encore une fois, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de revenir à l'institutionnalisation, mais il y a certaines formes de soutien résidentiel que nous devons offrir. Nous devons réinjecter l'argent réalisé grâce à la fermeture de lits d'hôpitaux dans des services communautaires sérieux, notamment dans le cas du traitement des toxicomanies.

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve où nous avons une population de clients nettement moins nombreuse que la vôtre. À l'occasion de ces séances de comité, je me suis dit que nous nous débrouillons bien pour servir la population de clients que nous représentons.

Je vous ai bien compris au sujet de la désinstitutionnalisation. Dans ma province, le gouvernement n'a pas débloqué les fonds nécessaires pour permettre le genre de vie semi-indépendante que vous avez décrite. Cependant, c'est la communauté qui a réagi. Il est possible que nous ayons un peu d'avance sur ce plan. Nous avons évolué.

Dans ma province, les ONG jouent un rôle important pour aider cette population de clients. Vous avez tous dit que, sous une forme ou une autre, tout cela est un peu improvisé. Il n'y a pas de norme, si ce n'est pour le niveau de service et les normes que nous nous imposons.

Nous avons réussi à créer un centre social dont je suis très fière et qui fonctionne encore aujourd'hui. Il a près de 30 ans. Au début, ce n'était qu'un lieu où l'on pouvait s'abriter du froid. Cela a évolué grâce à un coup de main du Rotary, parce que les gouvernements ont réduit notre financement de 70 000 à 20 000 \$. Il demeure que nous sommes encore là et que nous offrons un service. La participation à ce centre est bénévole. Les clients fixent certaines normes. Tout cela, ce sont de bonnes nouvelles.

Le sénateur Fairbairn sait que nous avons une équipe de hockey — une équipe d'agriculteurs — les Maple Leafs. Ces gens-là nous ont consenti une subvention de 17 000 \$ pour un

you signed on, you were there. It is amazing what this has done for those individuals who chose it, because one gap was in knowing when and how to take their meds. They came out of the hospital environment, which had a very structured lifestyle, into a boarding house where they would be alone in a room. That entire network was gone. Someone did a disservice to this client population. Is there any data showing we have learned something as a result of what the system did?

I heard you talk about stigma, the lack of appropriate screening, integrated treatment of services and human resources. I heard you talk about a national training agenda, a national home care program. Ms. Bois referred to a national health strategy. Is there any model out there that we can consider and that would lead us to components of these elements that we could put together?

I did not hear you talk about the justice system and the impact that the justice system has on consumers of mental health, not to say the families who cope with this. There are mental health acts all across the country, except in two provinces, if I recall correctly. If we are going to have a national anything, surely we must have one national piece of legislation — that is, if legislation is indeed necessary.

At home, if a cop on the beat picks you up for whatever reason, he takes you to the emergency and, depending on how busy they are, you are seen sooner or later. You could have been drunk or overdosed or whatever, but the policeman has to sit with you for however many hours you sit there. There is quite a drain in the justice system. You might be put in a cell with no support system. If we are looking at a national anything, it must include components of the justice system. That is my observation.

I always look for solutions when I have problems or challenges in front of me. We talk about integration. Is there a place for this in the new public health agency that we saw the creation of in the Speech from the Throne?

Ms. Bois: You are absolutely right. We have perhaps included in our comments — although it was not said as well today — the importance of people who are in the criminal justice system, in fact are dealing with concurrent disorders and are not receiving the service they need. That is very important.

In respect of a national strategy, we would hope that concurrent disorders, the coming together of mental health and addiction, would occur in this national health policy agency.

Senator Cook: That is struggling to be born with a number of components. If we can move in there and move with the integration into the community, we will have captured something.

programme d'alphabétisation. Il s'agissait d'un programme volontaire, mais dès qu'on y adhérerait, donc qu'on avait signé, on en faisait partie. Il est incroyable de voir ce que l'on a fait pour ceux et celles qui ont fait ce choix, parce que nous nous rendons compte qu'un des problèmes tient au fait qu'ils ne savaient pas quand ou comment prendre leurs médicaments. Ils sortaient d'un milieu hospitalier où leur vie était hautement structurée pour se retrouver dans un centre pour itinérants, seuls dans une chambre. Tout leur réseau avait disparu. On a rendu un mauvais service à cette population de clients. Dispose-t-on de données sur ce qu'a fait le système?

Vous avez parlé de stigmatisation, d'absence de dépistage et de services intégrés et de manque de ressources humaines. Vous avez parlé d'un programme national de formation, d'un programme national de soins à domicile. Mme Bois, elle, a parlé d'une stratégie de santé nationale. Existe-t-il un modèle qui nous indiquerait comment regrouper les éléments dont nous avons besoin?

Je ne vous ai pas entendu parler du système de justice ni de l'effet que celui-ci avait sur les clients des services de santé mentale, ni même sur les familles. Toutes les provinces, à l'exception de deux, si je ne m'abuse, ont adopté des lois sur la santé mentale. Si nous entreprenons quelque chose à l'échelle nationale, nous devons sans doute adopter une loi nationale en la matière... une telle loi est nécessaire.

Chez moi, quand un policier ramasse quelqu'un dans la rue, pour une raison ou pour une autre, il l'accompagne à la salle d'urgence et, selon le niveau de fréquentation à ce moment-là, la personne est vue plus ou moins vite. Il peut s'agir d'un alcoolique ou d'un drogué ayant fait une surdose, mais le policier reste avec lui, peu importe le temps que cela prend. C'est beaucoup demander à l'appareil de justice. La personne peut aussi se retrouver dans une cellule, sans aucun soutien. Si nous devons entreprendre un projet national, il faudra également inclure l'appareil de justice. C'est ce que je voulais dire.

Je cherche toujours des solutions quand je fais face à un problème ou à un défi. Il est question d'intégration. Pensez-vous que nous pourrions faire cela par le truchement de la nouvelle agence de santé publique dont la création a été annoncée dans le Discours du Trône?

Mme Bois: Vous avez tout à fait raison. Nous avons précisé dans notre document — même si nous ne l'avons pas dit tout à l'heure — qu'il est important de tenir compte des gens qui sont pris en compte par l'appareil de justice criminelle, qui souffrent de troubles simultanés mais qui ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin. C'est un aspect important.

Pour ce qui est de la stratégie nationale, nous espérons que les troubles simultanés, c'est-à-dire la conjonction chez un même individu de problèmes de santé mentale et de problèmes de toxicomanie, seront également pris en compte par cette agence de santé nationale.

Le sénateur Cook: Nous jonglons avec plusieurs éléments. Si nous pouvons faire quelque chose d'un côté et favoriser l'intégration dans la communauté de l'autre, nous aurons accompli quelque chose.

Ms. Bois: A number of countries such as Australia and the United States have been working on this. Several years ago the U.S. they released a major report on co-occurring disorder to their Congress. Britain is doing work and there are models there, including some of the advice in this Canadian document, which could contribute to a strategy within the national health agency.

The Chairman: Would anyone else like to comment?

Mr. Kelly: Also included in there is what the federation views as to what is needed for a basket of services for a national home care program.

Senator Cook: It scared me. There is never a way I could achieve that in my province. The services that are there are in an ideal world; they are not out there in the community.

Mr. Kelly: Among the problems faced by mental health and addiction services is that we end up picking and choosing so we never look at the complete person. The client groups are so vulnerable that you should offer a complete basket of services — and we can debate which ones are necessary — and look at the person holistically. That person needs a place to live, a friend, a job. They want to be a productive part of society. We have to look at the whole person and offer a range of services that they need to go forward and to remain functioning in the community.

Senator Cook: When we talk about gaps in the service, we are talking about gaps in the training of nurses, doctors and other allied health professionals. We see a lack of this kind of caring being given or offered to the people who go out to take care of other people.

Mr. Kelly: There are huge gaps in training right across the sector. I am sure you can comment more on that. There are giant gaps out into the community.

With deinstitutionalization, the main thing that did not happen was a launch of community services. They closed the hospitals and people left them and went into the community without any support. That was our greatest failure and tragedy in the mental health and addiction services. Until we address those and fill in the gaps with supportive housing, health promotion, training, case management, we will be in a vicious cycle.

Senator Cook: We have two populations out there. We have those who were deinstitutionalized and those who need core group services and who were never institutionalized. Here we are trying to care for the total client population. We must meet the needs of both. How do we achieve that goal?

Mme Bois: Plusieurs pays comme l'Australie et les États-Unis y travaillent. Il y a plusieurs années le Congrès américain a publié un important rapport sur les troubles simultanés. Les Britanniques travaillent sur le sujet et ont retenu certains modèles, notamment grâce aux conseils formulés dans ce document canadien, modèles qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une stratégie au niveau de l'agence nationale de la santé.

Le président: Quelqu'un d'autre veut-il réagir?

M. Kelly: Il est aussi question ici de la façon dont la fédération envisage ce dont nous avons besoin pour offrir un panier de services dans le cadre d'un programme national de soins à domicile.

Le sénateur Cook: Cela me fait peur. Nous ne parviendrons jamais à mettre cela en oeuvre dans ma province. Ces services correspondent à un idéal, mais on ne les offre pas dans la collectivité.

M. Kelly: Le problème dans le cas des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, c'est que nous faisons sans cesse des choix, si bien que nous n'appréhendons jamais le patient dans sa globalité. Les groupes de clients sont tellement vulnérables, qu'il faudrait leur proposer un véritable panier de services — nous pourrions toujours discuter de ceux qui sont nécessaires — pour envisager la personne de façon globale. La personne a besoin d'un lieu où résider, d'amis, et d'un travail. Elle veut être productive au sein de la société. Nous devons donc l'aborder dans sa globalité et lui offrir toute une gamme de services dont elle a besoin pour progresser et demeurer fonctionnelle au sein de la société.

Le sénateur Cook: Quand nous parlons de hiatus dans le service, nous parlons de problèmes au niveau de la formation des infirmières, des médecins et des autres professionnels de la santé. Par exemple, nous ne nous occupons pas de ceux et de celles qui prennent soin d'autres personnes.

M. Kelly: Il y a un gros manquement sur le plan de la formation partout dans le secteur. Je suis certain que vous pourriez en dire beaucoup plus long à ce sujet. Il existe des hiatus énormes au sein de la collectivité.

Malgré la désinstitutionnalisation, les services communautaires n'ont pas décollé. On a fermé des hôpitaux et les gens ont été renvoyés dans leurs collectivités sans soutien. C'est notre plus grand échec sur ce plan et c'est une grande tragédie dans le domaine de la santé mentale et du traitement des toxicomanies. Tant que nous n'aurons pas comblé ces manquements grâce aux logements avec services de soutien, à la promotion de la santé, à la formation et à la gestion de cas, nous demeurerons dans ce cercle vicieux.

Le sénateur Cook: Nous nous adressons à deux populations d'individus. Il y a ceux et celles qui ont été désinstitutionnalisés et ceux et celles qui ont besoin de services de base mais qui n'ont jamais été hospitalisés. Ici, nous parlons des soins à offrir à toute la population de clients. Il faut répondre aux besoins des deux catégories. Comment y parvenir?

Mr. Kelly: Both of those groups have similar needs. We must build a system flexible enough to offer a range of services to meet individual needs.

Mr. Skinner: You are raising substantial issues. My vision is of a comprehensive community health care system that can deal with mental health issues as well as general health.

Senator Cook: Would that be through the public health system?

Mr. Skinner: Yes, in the broadest sense, available in every community. As we work with concurrent disorders, we have found some of the best examples of collaboration in the smaller communities — for very reasons that you illustrated in your story. It is a finite enough world that if you can get people making the same assessment of the situation and being willing to work together, they can turn things around quickly.

In larger communities such as Toronto where there are so many pieces you are trying to play with it is harder to make changes happen. We should go to some of these communities. We are doing work in some communities in Ontario to support them in this way.

Broadly, imagine a community care capacity that includes mental health and addictions. That system has a right for support from specialized resources. That is where a place like the Centre for Addiction and Mental Health should be deployed in Ontario. Because of the nature of our environment, we have a lot of expertise. Our challenge should not be whether we can see everybody in Toronto but how to help the community caregivers in Ontario, in the broadest sense, work with their complicated cases. Can we give them the training to make them good primary care workers? Can we support that effort? When they have trouble with the people with whom they are working, because of complexity, can we help them by providing more specialized assessment?

Maybe we have the residential services they need to come in to for a while to be stabilized and re-evaluated. We in the specialized service world should have a dynamic relationship with the community care services. First, however, we need a vision that starts with a really adequate community care response system. It is not about making everyone multi-tasked and multi-skilled, but it is about people having good case management skills and then having resources they can access as they have specialized need. Most people who have these problems can be very well helped by a good responsive community care system.

M. Kelly: Ces deux groupes ont des besoins semblables. Nous devons bâtir un système suffisamment souple pour offrir toute une gamme de services susceptibles de répondre aux besoins des individus.

M. Skinner: Vous soulevez des problèmes de fond. À la façon dont je l'envisage, un système communautaire complet de soins de santé permettrait de s'attaquer aux problèmes de santé mentale et aux problèmes de santé en général.

Le sénateur Cook: Cela se ferait-il par le biais du réseau de santé publique?

M. Skinner: Oui, au sens large du terme, parce que ce réseau est présent dans toutes les collectivités. Dans notre travail sur les troubles simultanés, nous avons constaté que certains des meilleurs exemples de collaboration nous sont donnés dans les petites collectivités — pour toutes les raisons que vous avez vous-même citées dans votre exemple. C'est un monde tellement bien délimité que si l'on parvient à faire en sorte que les gens posent le même verdict à l'analyse d'une situation et se montrent disposés à travailler ensemble, ils obtiendront très vite des résultats.

Dans les villes plus importantes, comme Toronto, où énormément de facteurs interviennent, c'est beaucoup plus difficile d'imposer le changement. Nous devrions nous tourner vers les petites collectivités et nous travaillons d'ailleurs dans certaines en Ontario pour les aider dans leur programme.

Imaginez un système de soins communautaires où l'on traiterait à la fois les maladies mentales et les toxicomanies. Ce système pourrait compter sur des ressources spécialisées. Dans un tel cadre, il faudrait installer partout en Ontario des centres de toxicomanie et de santé mentale. Étant donné la nature du milieu dans lequel nous évoluons, nous connaissons très bien le dossier. La question ne serait pas de savoir s'il est possible d'accueillir tous les gens qui en ont besoin à Toronto, mais de se demander comment aider les fournisseurs de services communautaires ailleurs en Ontario, au sens large du terme, dans le traitement de cas complexes. Peut-on leur offrir la formation qui leur permettra de devenir d'excellents travailleurs de soins primaires? Peut-on soutenir ce genre d'effort? Si ces travailleurs ont de la difficulté avec ceux dont ils s'occupent, à cause de la complexité des cas, pourrions-nous les aider en leur offrant une évaluation plus spécialisée?

Nous pourrions peut-être recourir aux services résidentiels pour accueillir les gens devant être stabilisés et réévalués. Les services spécialisés, comme le nôtre, devraient entretenir une relation dynamique avec les services de soins communautaires. Tout d'abord, nous devons adopter une vision énonçant ce que doit être véritablement un système de réponse en soins communautaires. Il n'est pas question de faire en sorte que tout le monde soit polyvalent et possède des compétences multiples, mais nous devons pouvoir compter sur des gens présentant d'excellentes compétences en gestion de cas et ayant accès aux ressources dont elles ont besoin répondre à une demande spécialisée. Il est possible d'aider très bien la plupart des gens qui souffrent du genre de problème que nous avons énoncé grâce à un bon système de soins communautaires adapté.

Senator Cook: I do not see a stigma in my community. We have been able to integrate the needs of the consumer into the community because we are a small population. The NGOs make a great contribution both in money and in services to the well-being of that individual.

One is called the Stella Burry Corporation, which is funded by the United Church and run by a community board. It offers shelter housing where the board takes the risk and pays the rent to the landlord — it is now in the process of purchasing. The consumers run the facility. It currently houses about 65 people and it offers a homeless shelter. The NGOs are the lead people in the community.

Is there a role in this national scheme of things if we are to integrate all other aspects of care? We have to look at the social aspect to give the best possible piece of living to the person for whom we care.

Mr. Kelly: A sense of community is the main philosophy behind federation membership. They are all operated by volunteer boards. They do a large amount of fundraising and have led the way in developing some of the unique services in the province in respect of supportive or sheltered housing. Those are the projects that are successful. These groups can document clearly their outcomes.

The problem is that it is a disjointed system because of funding silos, policy decisions, lack of funding, lack of coordination, and lack of integration with some acute services. Sometimes people do need a hospital.

I think the real role here is to help break down some of those silos and encourage the development of community-based services.

Senator Cook: Is there a model out there we might look at for the delivery of the health care for this client population?

Mr. Rush: For this particular group of addictions and mental health, one excellent model would be in the state of Arizona, which has a particularly progressive approach.

Mr. Rush: New York State is another one that might work better for you. Arizona has a requirement, grounded in legislation, that all addiction and mental health services must be capable of serving both populations or they will not receive funding. That is one area.

I would like to comment briefly on a couple of things that you said. I was in Prince Edward Island consulting with the mental health and addiction service providers. They all fit in a room of this size. It was a highly dynamic workshop. I suggested that this idea of integrating mental health and addiction would put them

Le sénateur Cook: Je n'ai pas constaté de stigmatisation, là d'où je viens. Nous sommes parvenus à répondre aux besoins des clients au sein de la communauté, parce que nous sommes une petite population. Les ONG contribuent beaucoup au bien-être des personnes dont nous nous occupons, tant sur le plan financier que sous la forme de services.

Une de ces ONG est la Stella Burry Corporation qui est financée par l'Église unie et par un conseil communautaire. Elle administre un foyer et c'est le conseil qui prend le risque de louer l'espace nécessaire et de payer les loyers, mais il est en train d'en négocier l'achat. Les clients s'occupent des lieux. Actuellement, le foyer d'accueil abrite environ 65 personnes. Ce sont les ONG qui mènent le bal sur le plan des services communautaires.

Si nous voulions intégrer tous les autres volets des soins, y aurait-il un rôle à envisager dans le cadre d'un programme national? Il faut envisager l'aspect social pour offrir de meilleures conditions de vie aux personnes que nous soignons.

M. Kelly: La notion de service communautaire constitue la philosophie principale des organismes membres de la Fédération. Tous sont administrés par des conseils de bénévoles. Ils effectuent d'importantes campagnes de financement et ont ouvert la voie en matière de mise en oeuvre de services à guichet unique dans la province, par le biais de logements supervisés ou de foyers d'accueil. Ces projets ont abouti. Les groupes concernés peuvent prouver les résultats qu'ils ont atteints.

Le problème, c'est que nous avons affaire à un système dysfonctionnel à cause du financement qui est compartimenté, de mauvaises décisions politiques, du manque de fonds, de l'absence de coordination et des défauts d'intégration avec certains services de soins de courte durée. Il est parfois nécessaire d'hospitaliser les gens.

Je crois que le véritable rôle qu'il faut remplir ici consiste à abattre certaines de ces cloisons et à encourager le lancement de services communautaires.

Le sénateur Cook: Existe-t-il un modèle dont nous pourrions nous inspirer pour offrir des soins de santé à cette population de clients?

M. Rush: Pour ce groupe en particulier de personnes souffrant de problèmes de toxicomanie ou de maladie mentale, c'est l'État de l'Arizona qui nous offre le meilleur modèle, parce que son approche est particulièrement progressiste.

M. Rush: Le modèle de l'État de New York fonctionnerait peut-être mieux dans votre cas. En Arizona, la loi exige que tous les services de traitement de toxicomanies et des maladies mentales soient en mesure de servir les deux types de population, sans quoi ils ne sont pas financés. Voilà pour une chose.

Je vais rapidement réagir à deux ou trois choses que vous avez dites. Je suis allé dispenser des conseils à des fournisseurs de services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, à l'Île-du-Prince-Édouard. Quand ils sont tous réunis, on peut les faire rentrer dans une pièce de cette taille. C'était un atelier très

one step ahead because they all know one another. They said that no, it was worse than that — they were related to all the clients. They said that it should work because they knew all the clients.

There is another concrete idea that you might help in respect of a public health agency, which has arisen largely out of the SARS crisis and public health from the perspective of infectious disease. There is a risk in this country that the predominance of infectious disease in the context of public health will overshadow issues such as addictions and mental health, which have a much larger impact on public health. With respect to that one agency, which we do need, there should be a place for addictions and mental health, even if it is just from a prevention point of view.

Senator Fairbairn: Of all the hearings I have attended on this issue I have not felt more frustration and anger than I have listening to what you have said today. The system is clearly a problem. It is common sense that mental health and addictions go together. Is our difficulty in coming together on this as a country as result of the structure of our federal-provincial systems? Is that one of the reasons?

For several years, my husband worked at the Royal Ottawa Hospital, which was initially for psychiatric care but then it became much more than that. It also had a program for young children, and teens with mental problems and/or addictions. It seemed to me that it was building a service, the main purpose of which was to get people back into the community. Of course, the law was such that anyone could leave when they chose to leave. That was when your problem began because there was nothing built before that law to accept the group coming out.

Therefore, I wonder how we get beyond this. More importantly, how do we get beyond this across this country? Provinces choose to install video lottery terminals, VLTs, and gambling programs for revenue purposes. In every small community in my province of Alberta, you no longer have the huge numbers going to Alcoholics Anonymous; they are not going to Gamblers Anonymous. Sometimes they bring them together but not often.

I would like your perspective on my cry of anxiety. I am trying to understand how we can bring all of it to the same table and develop a useful, productive program across this country that will enable these people to receive the help they need and eventually become self-sustaining.

Mr. Rush: I understand the frustration. As we have talked about the distance between these two systems of care and the frustration of the people manoeuvring them, perhaps we have not spoken enough to the walls of the silos that are coming down in many communities and in some provinces — in particular those areas that have gone to regional health authorities. They are bringing addictions and mental health together. B.C. is the most

dynamique. Je leur ai dit que s'ils intégraient les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, ils feraient un grand pas en avant, parce qu'ils se connaissent tous. Ils m'ont dit qu'en fait c'était encore pire que cela, parce qu'ils connaissent tous leurs clients. Ils pensaient que cette formule pouvait fonctionner, parce qu'ils connaissent tous leurs clients.

Il y a une autre idée bien pratique qui se rattache à l'agence de santé publique. Cette idée est principalement née dans le sillage de la crise du SRAS, compte tenu des problèmes auxquels est confronté le réseau de santé publique en présence de maladies infectieuses. Dans ce pays, la prédominance de maladies infectieuses, dans le contexte de la santé publique, pourrait faire passer au second plan des problèmes comme la toxicomanie et la santé mentale qui ont des répercussions beaucoup plus graves sur la santé publique. Il faudrait réserver, dans cette agence dont nous avons besoin, une place aux toxicomanies et à la santé mentale, même si ce n'est que du point de vue de la prévention.

Le sénateur Fairbairn: Depuis que je participe à ces audiences sur la question, je ne me suis jamais sentie aussi frustrée ni courroucée qu'en entendant ce que vous nous avez dit aujourd'hui. La structure du réseau fait problème. Il est logique de penser que la santé mentale et la toxicomanie vont de pair. Si l'on agit différemment est-ce à cause de la structure de nos systèmes fédéraux-provinciaux? Est-ce une des raisons?

Pendant plusieurs années, mon époux a travaillé à l'Hôpital Royal Ottawa qui, à l'origine était destiné à dispenser des soins en psychiatrie, mais qui est devenu beaucoup plus que cela. De mon côté, je m'occupais d'un programme pour les jeunes enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie. J'avais l'impression que nous offrions un véritable service dont le principal objet était de réintégrer les gens dans la société. Certes, à cause de l'état du droit, les gens ne pouvaient pas partir quand ils le voulaient. C'est là que nous nous heurtions au genre de problème que vous avez énoncé, parce que rien n'était prévu dans la loi pour accueillir les patients désinstitutionnalisés.

Comment faire pour nous en sortir? Plus encore, comment faire pour nous en sortir à l'échelle du pays? Les provinces se sont mises à installer des appareils de loterie vidéo et à lancer toute sorte de jeux de hasard pour augmenter leurs recettes. Dans chaque petite ville de ma province de l'Alberta, les gens ne se rendent plus en nombre aux soirées des alcooliques anonymes et ils ne vont plus non plus à celles de joueurs anonymes. Parfois, on regroupe les deux, mais pas souvent.

Que pensez-vous de ma crise d'angoisse? J'essaie de savoir comment nous pourrions rassembler tout le monde autour de la même table pour lancer un programme national utile et productif grâce auquel ces gens-là recevront l'aide dont ils ont besoin et finiront par se suffire à eux-mêmes.

M. Rush: Je comprends votre frustration. J'ai certes parlé de la distance entre les deux systèmes de soins et de la frustration des administrateurs, mais je n'ai peut-être pas suffisamment parlé du fait que les cloisons entre les deux sont en train de s'écrouler dans de nombreuses collectivités et dans certaines provinces — surtout dans les coins où l'on a créé des régions régionales de la santé. Cela permet de regrouper les soins en toxicomanie et en santé mentale.

recent example of that. There is much is happening and we refer to it as from the “bottom up.” There is a great deal of enthusiasm within the programs to begin to work better together.

They need to hear — and you can tell them — that it is important and a good idea. Show them a mental health strategy for the province and show that addiction has a place in it. They need to see them together. Support them with policies and, if you have the ability, support them with funding.

These two separate systems are slowly coming together in this country, as well as in the United States, in Britain and in Australia. Those are probably our four closest models. In some other parts of the world, addictions and mental health are completely integrated, but they have no resources. We have all the resources and we allow them to operate independently. We funded all the hospitals independently. We funded thousands of mental health and addiction services in the communities to operate independently. They have been independent but they need to work more closely together.

With respect to the point about VLTs, I could not agree more with the extent to which government seeks short-term solutions to revenue problems. They found a big one in gambling, which is closely related to substance abuse and other mental health problems. The biggest source of funding for alcohol and drug treatment in most provinces has come from gambling revenue and not from designated addictions funding. Manitoba is the best example of that.

That is a matter of the policies and principles by which some things are funded. Mr. Kelly's suggestion to take a small percentage of tax revenue from alcohol sales and designate it for treatment and prevention is a good one. The same strategy is being used for gambling — although they take in billions and provide little back. The principle is important and it is a good suggestion.

Senator Fairbairn: One of the great frustrations I sense is that in our system funding is for many different purposes. Funding is shared with the provinces. However, in this case, how does the federal government rationalize a block of funding to a provincial jurisdiction where a decision has been made to carry on public policy that virtually destroys the lives of its citizens? That is the basis of my frustration and anger. It is extremely troublesome that while we wish to help, but there is a barrier there that makes it very difficult.

La Colombie-Britannique nous en donne un récent exemple. Beaucoup de choses se passent et, dans ce cas, nous parlons d'initiatives venant de la base. Ceux qui oeuvrent dans le cadre des programmes sont très enthousiasmés par le fait qu'ils commencent à travailler tous ensemble.

Il faut leur dire — si vous le pouvez — que cela est important et que c'est une bonne idée. Montrez-leur ce que pourrait être une stratégie de santé mentale pour la province et montrez-leur que la toxicomanie y a sa place. Ces gens-là doivent voir que l'un ne va pas sans l'autre. Aidez-les avec des politiques et, si vous en avez la possibilité, financez-les.

Peu à peu, on regroupe ces deux systèmes de soins, au Canada comme aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie. Ce sont sans doute les quatre modèles qui se ressemblent le plus. Dans d'autres parties du monde, les volets toxicomanie et santé mentale sont complètement intégrés, mais ils manquent de ressources. Nous, nous avons toutes les ressources nécessaires et nous leur permettons de fonctionner indépendamment les uns des autres. Nous finançons tous les hôpitaux indépendamment. Nous finançons des milliers de services de toxicomanie et de santé mentale dans les collectivités et nous leur permettons de fonctionner indépendamment les uns des autres. Ils sont indépendants, mais ils doivent davantage collaborer.

Pour en revenir à ce que vous avez dit au sujet des appareils de loterie vidéo, je suis on ne peut plus d'accord avec vous pour affirmer que les gouvernements cherchent des solutions à court terme pour leurs problèmes de recettes. Ils ont trouvé une excellente solution avec le jeu, qui est très près de la consommation excessive d'alcool ou de drogue et des autres problèmes de santé mentale. Dans la plupart des provinces, la principale source de financement des traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie est constituée par les recettes du jeu et non par des fonds spécialement destinés à financer les cures de désintoxication. Le Manitoba nous en donne le meilleur exemple.

Le financement de certains programmes dépend des politiques en place et des principes appliqués. La suggestion de M. Kelly, qui est de prélever un petit pourcentage des recettes fiscales provenant des ventes d'alcool pour financer des services de traitement et de prévention, est bonne. La même stratégie est actuellement appliquée dans le cas du jeu, bien que les provinces prélèvent des milliards de dollars et n'en réinjectent qu'une faible partie. Le principe est important, et la suggestion est bonne.

Le sénateur Fairbairn: J'ai l'impression qu'une des principales frustrations tient au fait que, dans notre système, le financement sert à des fins multiples. Les budgets de la santé sont partagés avec les provinces et, dans ce cas, comment le gouvernement fédéral pourrait-il réserver une part du financement et la destiner à une province qui aurait décidé d'appliquer une politique publique consistant à détruire quasiment la vie de ses citoyens? C'est pour cela que je me sens frustrée et courroucée. C'est très troublant de constater que nous voulons donner un coup de main, mais que nous nous heurtons à une barrière qui complique grandement les choses.

Mr. Kelly: I share your frustration. It is key that everyone in this room has had a family member or close friend affected by an addiction or mental health or both. One of the greatest difficulties we face as a sector is to find the champions who will come forward and say that enough is enough; and we must begin work to coordinate and address these issues. Sometimes it is referred to as stigma. Sometimes it is closer to the discrimination of people with mental illness and addictions — namely, the blame they get for their diseases.

When Senator Kirby spoke last year at our joint conference between the Centre for Addiction and Mental Health, and the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction, that started the signal that some of the messaging that had been coming from the community for many years is starting to go through. Each of you knows the impact that an addiction or mental health can have, and we, as sectors, and the people who are using or trying to use those services need you to come forward as champions for them.

Senator Fairbairn: God knows we try.

Senator Cordy: I am in the middle of reading a book called *The Tipping Point*, which is interesting when you talk about how things are happening. I am wondering when it will tip over.

I would like to return to the topic of the deinstitutionalization movement. Indeed, it was good in the sense that it gave people dignity and respect to live within the community. When people came into the community, the communities were not ready. I am not sure they are ready now because of problems such as housing, nutrition, education and a whole gamut of things.

In dealing with those things, you are dealing with both federal and provincial jurisdictions. Then, even within provincial jurisdiction, you are dealing with many different departments — housing, community services, health and so on. You have all these little silos or departments that do not want to spend their money if they think another department will do it.

Mr. Kelly, you discussed the need to increase community services, and it should be 80 per cent for the community and 20 per cent for the hospital, which sounds like a good fit considering the policies in place. You said we are nowhere near that.

Mr. Skinner, you talked about the hidden burden and the need for family support. You also mentioned that everyone around the table knows somebody who has been affected by these issues. When we started our study on mental health, we went around the table and everyone said he or she had a relative or friend or whatever. Without committed family support, many of these patients — particularly the high percentage who are in co-morbidity — would either be dead or in jail because they would be living on the street, basically.

M. Kelly: Je partage votre frustration. Il faut se dire que tous ceux et toutes celles qui sont assis dans cette pièce ont un membre de leur famille ou un ami proche qui souffre de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ou des deux en même temps. L'une des principales difficultés auxquelles nous nous heurtons, dans notre secteur, c'est que nous ne trouvons pas de champion qui crie haut et fort qu'il y en a assez et qu'il faut commencer à travailler de façon coordonnée pour régler ce genre de problème. On parle parfois de stigmatisation. Parfois, on en est presque au stade où les malades mentaux et les toxicomanes font l'objet de discrimination, autrement dit on les blâme pour leurs maladies.

Quand le sénateur Kirby a pris la parole, l'année dernière, à l'occasion de notre congrès commun du Centre de toxicomanie et de santé mentale et de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario, il nous a indiqué que les messages qui remontent de la base depuis des années sont en train de passer. Vous connaissez tous les répercussions que peuvent avoir les toxicomanies et les maladies mentales et nous nous devons de prendre la parole pour ceux et celles qui utilisent ou essaient d'utiliser les services que nous offrons.

Le sénateur Fairbairn: Dieu sait si nous essayons.

Le sénateur Cordy: Je suis à la moitié d'un livre intitulé *The Tipping Point*, qui est intéressant parce qu'il raconte la façon dont les choses se produisent. Je me demande quand tout va basculer.

J'aimerais revenir sur la question de la désinstitutionnalisation. C'était une bonne chose, en ce sens qu'elle a permis de rendre leur but et le respect à la vie aux gens qui pouvaient rester au sein de leur collectivité. Cependant, quand les patients ont été rendus à leur milieu, ce dernier n'était pas prêt à les accueillir. Je ne suis pas certaine que ce milieu le soit davantage aujourd'hui à cause de problèmes comme le logement, la nutrition, l'éducation et bien d'autres choses.

Dans ce genre de situation, il faut composer à la fois avec le fédéral et avec les provinces. Dans les provinces, il faut composer avec différents ministères, celui du logement, celui des services communautaires, celui de la santé et ainsi de suite. On se heurte donc à toutes ces petites chasses gardées, à des ministères qui ne veulent pas dépenser leur argent quand ils pensent que quelqu'un d'autre va le faire.

Monsieur Kelly, vous avez dit qu'il fallait augmenter la proportion des services communautaires pour la faire passer à 80 p. 100 contre 20 p. 100 pour les hôpitaux, ce qui semble raisonnable étant donné les politiques en place. Cependant, vous avez indiqué que nous sommes très loin du compte.

Monsieur Skinner, vous avez parlé du fardeau caché que ces troubles représentent pour les familles et de la nécessité de leur apporter un soutien. Vous avez dit également que tout le monde autour de la table connaît une personne qui souffre d'une des maladies dont nous avons parlées. Quand nous avons entamé notre étude sur la santé mentale, nous avons fait un tour de table et tout le monde a effectivement déclaré qu'il connaissait un parent, un ami ou un proche atteint d'une telle maladie. Sans le soutien inconditionnel de leurs familles, nombre de ces patients —

Dr. Rush, I think you spoke about patients who get frustrated because they have to go through two separate systems when they are trying to be cured, so they opt for early release, even though they may be a danger to themselves. However, because of the patient's rights, he or she is allowed to walk out the door, which is extremely frustrating to a family to see that happening.

How close are we getting to the 80-20 model and also family support? The families are supporting the patient, but sometimes the families also need support.

Mr. Kelly: Depending on the reporting, at this present time in Ontario it is approximately 33 per cent for the community, 65 per cent to 68.6 per cent for the institution sector. That depends on the reporting mechanisms. From the federation's perspective, we do not think we have gotten that far.

In discussing that we have to be careful because you can imagine what sort of political will it would take to make that switch. There are much better ways that we can go forward in doing that. For example, if it were by making these investments in the community, we would begin reversing or lessening the increases needed in the acute system, where you would start slowly having the shift coming. In Ontario, it is a \$26-billion machine for the health care system. You cannot turn that around in a month or a year. It will be a process.

What we think is a comprehensive strategy to invest in those community services will then start diverting people from using the hospital system, and that will then shift the funding and focus to that sort of split.

Senator Cordy: Is there support for families?

Mr. Skinner: Families in different communities get mobilized to support themselves. The system under-attends to this dimension. At the same time, we speak about the need and the value in community living for people with addiction and mental health problems, but operationalizing that is not just getting the client turned around and out your door, it is also working with families and communities.

We must have notions of resiliency and health that we extend to families and to communities. Senator Cook from Newfoundland gave a good example of a very healthy community that could do that. We should identify the models that are out there and work with them.

surtout ceux, très nombreux, qui constituent des cas de comorbidité — seraient soit morts, soit en prison, parce qu'ils se seraient retrouvés dans la rue.

Docteur Rush, je pense vous avoir entendu parler des patients qui sont frustrés parce qu'ils doivent passer par deux systèmes quand ils veulent se faire soigner, ce qui les incite à demander un congé anticipé, quitte à mettre leur vie en danger. Cependant, étant donné le droit des patients, ces derniers peuvent quitter les établissements de soins, ce qui est extrêmement frustrant pour leurs familles.

Sommes-nous encore loin du modèle 80-20 et des programmes de soutien aux familles? Les familles aident les patients, mais parfois ce sont elles aussi qui ont besoin d'aide.

M. Kelly: Selon les statistiques en question, la proportion actuelle en Ontario serait d'environ 33 p. 100 pour les services communautaires et 65 à 68,6 p. 100 pour les services institutionnalisés. Cela dépend des mécanismes d'établissement des statistiques. La Fédération estime que nous n'en sommes même pas là.

Nous devons cependant être prudents à cet égard, parce que vous imaginez le genre de volonté politique dont il faudra faire preuve pour réaliser ce changement. Nous pourrions y arriver plus efficacement de bien d'autres façons. Par exemple, si nous réalisions ce genre d'investissement dans les soins communautaires, nous pourrions renverser ou atténuer l'insistance que l'on place sur le système des soins de courte durée pour, peu à peu, commencer à instaurer le changement. En Ontario, le réseau de soins de santé représente 26 milliards de dollars. Il n'est pas possible de régler tout cela en un mois ou une année. Ce sera un long processus.

Nous envisageons d'appliquer une stratégie globale d'investissement dans les services communautaires pour commencer à détourner les clients du système hospitalier, ce qui, à terme, donnera lieu à un basculement du financement et à une meilleure répartition dans le système.

Le sénateur Cordy: Avez-vous prévu un soutien pour les familles?

M. Skinner: Un peu partout, les familles se mobilisent pour s'entraider. Le système a complètement négligé cet aspect. Nous parlons de la nécessité et des bienfaits de permettre à des malades mentaux et à des toxicomanes de continuer à vivre au sein de leurs collectivités, mais il faut bien se rendre compte que pour y parvenir, il ne suffira pas d'inviter le client à franchir la porte de nos établissements, mais il faudra collaborer avec les familles et les collectivités.

Nous devons appliquer les principes de résilience et de santé aux familles et aux collectivités. Le sénateur Cook, qui est de Terre-Neuve, nous a cité le bon exemple d'une collectivité très saine, apte à faire cela. Nous devrions recenser les modèles actuellement en place et collaborer avec les gens sur le terrain.

We are now involved in a project around family support, trying to set up support groups and information materials for family members who are affected by concurrent disorders. We are hoping it is something we can provide more broadly after evaluating it.

It is one of the missing links in all this. If we want to succeed at what we are talking about, we have to go there. It is two-sided. One is to see the family as suffering in its own way but also to see the family as part of the solution because the more resilient and committed the family is, the better the effect for the individual.

In working with groups of family members who stayed loyal to somebody with a severe mental illness and addiction, I have learned that these people also felt abandoned. They talk about how they have been abandoned by other family members — not just the person who has the illness, but also their families, their neighbourhoods and communities are stigmatizing them for staying loyal to somebody who has a severe, persistent mental illness and addiction. They deserve the greatest respect. When people are willing to make that kind of commitment, we have to join with them and help them stay strong.

Senator Cordy: I would like to switch to the need for training, which you have all talked about. I think Mr. Skinner said there is a need for a national training agenda, which could possibly be an area in which the federal government could help to develop skills.

That is good if people are already in the field, but what about encouraging professional schools? Could medical schools and social workers be encouraged, because they are the front-line people? You gave examples of the patients going to the hospital, and it is the front-line doctors and nurses who see them initially who may not be diagnosing the co-morbidity.

Mr. Rush: We have made a lot of progress in the last decade in getting alcohol and drugs on the medical curriculum for the standard education of physicians and nurses in Ontario. However, that does not include the co-morbidity. That is on our list.

We have two separate systems for training social workers to work in mental health and addictions. They separate off early. One of our recommendations in the national reporting on this issue was to be supporting and encouraging the universities and community colleges in Canada to focus on training in both these areas.

Senator Cordy: Police academies could be brought into the mix also because oftentimes they would be finding people on the street.

Nous sommes en train de travailler sur un projet de soutien aux familles dans le cadre duquel nous essayons de mettre sur pied des groupes d'appui et de préparer des documents d'information à l'intention des familles dont un membre souffre de troubles simultanés. Nous espérons pouvoir diffuser l'information à ce sujet après l'avoir évaluée.

C'est un des chaînons manquant du processus. Pour réussir dans ce dont nous venons de parler, nous devons appliquer cette solution. Il faut agir sur les deux plans. Il faut d'abord considérer que les familles souffrent, mais il faut aussi se dire qu'elles font partie de la solution parce que plus la famille est résiliente et engagée, plus il sera facile d'obtenir des résultats au niveau du patient.

Au contact de groupes composés de parents demeurés loyaux à un membre de la famille malade mental ou toxicomane lourd, je me suis rendu compte que ces gens-là aussi se sentent abandonnés. Ils parlent de la façon dont ils ont été abandonnés par les autres membres de la famille, pas simplement le malade, mais aussi les membres de la famille, le voisinage et la collectivité les stigmatisent pour avoir été loyaux envers une personne souffrant d'une maladie mentale ou d'un problème de toxicomanie graves et persistants. Elles méritent notre plus grand respect. Nous nous devons de faire bloc avec ceux et celles qui sont prêts à prendre ce genre d'engagement et nous devons les aider à demeurer forts.

Le sénateur Cordy: Passons à la formation nécessaire dont vous avez parlé. C'est M. Skinner, je pense, qui a évoqué la nécessité d'administrer un programme national de formation, domaine dans lequel le gouvernement fédéral pourrait intervenir pour contribuer au perfectionnement des compétences.

C'est bien dans le cas de ceux et de celles qui travaillent déjà dans le domaine, mais comment encourager les écoles professionnelles? Pourrait-on encourager les écoles de médecine et les travailleurs sociaux, parce que ce sont ces gens-là qui se retrouvent en première ligne? Vous avez parlé des patients qui vont à l'hôpital et des médecins et infirmiers et infirmières qui les voient en premier lieu et qui peuvent ne pas diagnostiquer leur comorbidité.

M. Rush: Nous avons réalisé beaucoup de progrès au cours des 10 dernières années pour faire inscrire l'alcoolisme et la toxicomanie dans les programmes des écoles de médecine et des soins infirmiers en Ontario. Cependant, il n'est pas question de comorbidité. Nous envisageons de la faire ajouter plus tard.

Nous disposons de deux systèmes distincts de formation des travailleurs sociaux qui oeuvrent au contact des malades mentaux et des toxicomanes. Le choix entre les deux intervient tôt au début du cursus. Au sujet du système national d'enregistrement, nous avons recommandé d'appuyer et d'encourager les universités et les collèges communautaires à insister sur ce genre de formation dans les deux domaines.

Le sénateur Cordy: Les instituts de police pourraient également être visés par ces dispositions, parce que ce sont souvent les policiers qui ramassent les gens dans la rue.

Mr. Kelly: A whole human resource strategy is needed for the field.

Senator Callbeck: I have a couple of questions in respect of Mr. Kelly's presentation. You talked about the history in Ontario, the services being integrated and not integrated, and I think that happened a couple of times. I believe you are now integrated with separate budgets.

When was the last time you were integrated, and why were the services separated?

Mr. Skinner: We could all speculate a little bit. My version is that the addiction system felt it was the weaker sibling in that arrangement and part of its agenda needed to be separated out and be championed on its own. There were some advances, because of that, over the late eighties and through the nineties. It is much like a dialectic, where things swing back and forth and evolve historically. I would argue that some good things have been accomplished by it.

However, we are now at this point of realizing that there is more to be had through integration and collaboration. I think the addiction system is probably a bit stronger and more cohesive and able to engage in that kind of dialogue with the mental health system than it was back then.

The two have very different world views. There are different types of personnel. People in mental health typically have professional education in a health science. Many people in addiction are there because of their own recovery. Those are not trivial differences.

As Ontario regionalizes people are realizing that in many cases both systems are working with the same people but applying different lenses to them. For particularly the more difficult-to-help clients, we are not getting the kind of good outcomes that we want. Perhaps pulling the resources together in the next stage of this historical development is an important thing to be engaging in.

Ms. Bois: That is a good overview. Historically, the mental health and addictions fields came from very different backgrounds. The addictions grew out of the self-help movement, the non-medical side; the mental health area from the medical side. They viewed each other with suspicion for those reasons.

I want to add one further comment about Arizona. Mr. Skinner and I took an opportunity to visit with them. When I first spoke to them on the phone, I asked why they came together. The person to whom I was speaking said, "I was responsible for mental health; the person responsible for addictions at the state was just down the hall for me. We got together and agreed that we had to work together." Ultimately, the size of the bureaucracy and the cooperation and collaboration assisted that. When you get into larger bureaucracies, it allows people to be more separate.

M. Kelly: Il faut mettre en oeuvre toute une stratégie de ressources humaines dans ce domaine.

Le sénateur Callbeck: J'ai deux questions qui concernent l'exposé de M. Kelly. Vous avez parlé de ce qui s'est passé en Ontario, du fait que les services ont d'abord été intégrés, puis défusionnés et que cela s'est produit deux fois. J'imagine que vous êtes maintenant intégrés et que vous recevez des budgets distincts.

Quand avez-vous été fusionné pour la dernière fois et pourquoi les services avaient-ils été séparés?

M. Skinner: Nous pourrions toujours spéculer. Je crois que le réseau de traitement des toxicomanies s'est vu comme le parent pauvre de cet accord et que, pour réaliser une partie de ce qu'il voulait faire, il devait se séparer de l'autre et se charger de sa propre promotion. Certains progrès ont été réalisés grâce à cela, à partir de la fin des années 80 et durant les années 90. Tout cela est très dialectique, les choses vont et viennent et elles évoluent dans le temps. Personnellement, je prétends qu'il en est sorti du bon.

Il demeure qu'à l'heure où nous nous rendons compte qu'il y a beaucoup plus à gagner par l'intégration et la collaboration, j'estime que le réseau de traitement des toxicomanies est sans doute plus fort, plus cohérent et plus apte qu'auparavant à dialoguer avec le système de santé mentale.

Les deux systèmes n'ont pas la même vision. Le personnel n'est pas le même non plus. Ceux qui travaillent dans le domaine de la santé mentale ont fait des études en science de la santé et sont des professionnels. La plupart de ceux qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie sont eux-mêmes d'anciens toxicomanes. Ce n'est pas une mince différence.

À l'heure où l'on régionalise en Ontario, les gens se rendent compte que, dans bien des cas, les systèmes font appel aux mêmes personnes mais qu'ils appliquent des styles très différents. Dans le cas des clients les plus difficiles à traiter, nous n'obtenons pas le genre de résultat qui nous intéresse. Il est peut-être important, dans l'évolution historique des choses, de participer au regroupement des ressources qui s'annonce.

Mme Bois: Voilà un excellent aperçu. Historiquement, les domaines de la santé mentale et des toxicomanies ont des racines très différentes. Celui de la toxicomanie est issu du mouvement d'entraide, il n'a pas un caractère médical, tandis que le domaine de la santé mentale émane du secteur médical. C'est pour ces raisons qu'ils se méfient l'un de l'autre.

J'ajouterai une remarque au sujet de l'Arizona. M. Skinner et moi-même avons eu l'occasion de nous rendre dans cet État. Quand je me suis d'abord entretenu avec un de nos interlocuteurs au téléphone, je lui ai demandé pourquoi ils s'étaient regroupés. Il m'a dit qu'il était chargé de la santé mentale dans cet État et que la personne responsable des toxicomanies avait son bureau du bout du couloir. Ils se sont rencontrés et se sont dit qu'ils devraient travailler ensemble. Tout contribuait à leur décision: la taille de la bureaucratie, la collaboration entre les systèmes et la coopération. Quand les bureaucraties sont importantes, il est plus facile de créer des services distincts.

Mr. Rush: Regarding the comment about the mental health system and the addiction system having their own respective evolutions, they were once together back when we first developed the big psychiatric institutions. Most alcohol and drug services were in places like the Homewood Sanatorium and the big insane asylums in the late 1800s and the early 1900s.

With the power of the AA movement, the self-help movement and some addiction services advocating for a broader health perspective on addictions, this system began to distance itself from the medical community while the mental health system kept much closer ties.

The opposite then began to happen. There began to develop the professionalization of addictions treatment. We now have a real mix of personnel and a mix of programs. Multiple perspectives evolved as the addictions system became more “professionalized” — I use that word carefully. The mental health system, which was so closely linked to psychiatry and hospitals, has gradually moved towards a powerful consumer movement and a very powerful family movement and towards a tradition of self-help. They are gradually coming together. These things are breaking down, but it is taking time.

Senator Callbeck: I have a question on this proposal for generating new revenue. What has been the reaction of the Ontario government to that?

Mr. Kelly: There has not been any official reaction from the Ontario government. I think they have looked at this as a potential to address some of the chronic issues in the addictions sector in times of deficit restraint. We know there is a precedent with problem gambling dollars. This proposal has been presented on budget submissions and it has been sent to every MPP within the province and right across the senior civil service, but there has been no official response.

Senator Morin: They are opposed to dedicated taxes. They never liked that.

Mr. Kelly: That is right. That is probably part of it right there.

The Chairman: I know we kept you longer than we intended. I thank you for coming.

May I say, Mr. Rush, as you gave a summary of the history, you have detected among my colleagues a huge degree of frustration — I think “anger” was the word Senator Cook used — in the sense that if you are looking at this system from the outside you conclude that, first, it is not the system. The second conclusion is that you say, “How can rational

M. Rush: Pour en revenir sur la question du système de santé mentale et du système de traitement des toxicomanies qui ont suivi leur propre évolution, ils ont été ensemble à un moment donné, quand nous avons créé les grands établissements psychiatriques. La plupart des services de désintoxication d'alcoolisme et de drogue existaient alors comme le sanatorium de Homewood et les grands asiles d'aliénés qu'on trouvait à la fin des années 1800 et au début des années 1900.

Sous l'impulsion du mouvement AA, du mouvement d'entraide et de certains services de désintoxication qui prônaient l'adoption d'un point de vue sanitaire plus généreux en matière de toxicomanie, le système a commencé à se distancer du milieu médical tandis que le réseau de santé mentale a conservé des liens plus étroits avec lui.

Puis, l'inverse a commencé à se produire. On a commencé à professionnaliser le secteur de la désintoxication. On trouve maintenant un assortiment de personnel et de programmes. Des points de vue multiples ont évolué pendant que le système de toxicomanie se «professionnalisait» — et j'utilise ce terme avec soin. Le système de santé mentale, qui avait entretenu des liens très étroits avec le domaine de la psychiatrie et les hôpitaux, s'est graduellement transformé en un puissant mouvement de consommateurs et en un puissant mouvement de familles pour adopter de plus en plus une tradition d'entraide. Les deux systèmes se rapprochent graduellement. Les barrières sont en train de tomber, mais il faut du temps.

Le sénateur Callbeck: J'ai une question à vous poser au sujet de votre proposition pour obtenir de nouvelles recettes. Comment a réagi le gouvernement de l'Ontario à cette proposition?

M. Kelly: Le gouvernement de l'Ontario ne nous a fait part d'aucune réaction officielle. Il doit se dire que c'est une solution possible pour régler certains des problèmes chroniques qui affligent le secteur des toxicomanies à une époque de contraintes budgétaires. Il y a bien sûr un précédent avec les taxes recueillies sur les jeux de hasard. Nous avons fait cette proposition dans le cadre des consultations budgétaires et nous l'avons envoyée à tous les députés provinciaux et à tous les hauts fonctionnaires, mais nous n'avons pas reçu de réponse officielle.

Le sénateur Morin: Les gouvernements sont contre l'idée de prélever des impôts ciblés. Ils n'aiment pas ça.

M. Kelly: C'est vrai. C'est sans doute une partie de l'explication dans ce cas.

Le président: Je me rends compte que nous avons retenu plus longtemps que nous l'aurions voulu et je vous remercie de vous être rendus à notre invitation.

Monsieur Rush, vous vous êtes sans doute rendu compte, quand vous nous avez fait votre historique de la situation, que mes collègues semblaient particulièrement frustrés — je pense même que le sénateur Cook a dit qu'elle était «courroucée» — parce que, en un sens, quand on songe à ce système vu de l'extérieur, on se rend compte que ce n'est pas seulement le

people not operate a system that is somewhat more rational than this one?" Please take our frustration as frustration of policy people trying to deal with a problem.

On that note, let me leave a question that I would like you to think about as individuals — not as part of Mr. Kelly's official position or your position at CAMH. If we were ultimately to end up recommending two, three, four or five things, could you think about it for a while and, sometime in the next few months, send us a note as to what they would be?

Mr. Rush: We would be pleased to do that.

The Chairman: I am not interested in having it filtered by your organizations because then I get the lowest common denominator. I am interested in your positions as individuals working in the field.

Thank you for coming here.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, May 5, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 7:00 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Hello, I am Mike Kirby, the chair of Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Thank you very much for coming for this teleconference. I know you have been told about the study that we are undertaking. We are in the relatively early stages of it.

In addition to talking to a wide number of Canadian groups, we have selected four countries to understand what they have done. We have selected New Zealand because we have heard such very positive comments on many of the changes that you have made in the last decade or so. We are interested in trying to learn as much as we can to see if we can implement some of your ideas here. There is no sense in reinventing the wheel.

I will tell you in advance that we are beginning way behind you. We do not have, nor have we ever had, a national mental health policy in Canada. There is no national mental health legislation. Although some of the provinces have mental health acts, they are substantially outdated. The notion that we are to begin to look at mental health and addiction as part of the

système qu'il faut blâmer. Deuxièmement, on en arrive à se demander pourquoi les gens logiques n'appliquent pas un système plus logique que celui-là. Comprenez que notre frustration est celle de décideurs qui essaient de régler un problème.

Sur ce, je vais vous adresser une dernière question à laquelle j'aimerais que vous réfléchissiez en tant que particulier, plutôt que dans vos rôles officiels, comme celui de M. Kelly, ou dans vos fonctions au CTSM. Si nous finissions par formuler deux, trois, quatre ou cinq recommandations, pourriez-vous, dans les prochains mois, réfléchir à ce qu'elles devraient être et nous envoyer un petit mot pour nous faire partager le fruit de vos réflexions?

M. Rush: Nous en serions heureux.

Le président: Je ne veux pas que ces points de vue soient filtrés par vos organisations respectives, parce que vos propositions correspondraient au plus petit dénominateur commun. Je veux avoir votre avis de particuliers qui travaillent dans ce domaine.

Merci de votre visite.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 5 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 19 heures pour étudier des questions qu'ont suscité le dépôt en octobre 2002 de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada et les faits nouveaux survenus depuis lors. Plus particulièrement, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Bonjour, je suis Mike Kirby, président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Je vous remercie d'être venus pour cette téléconférence. Je sais que vous êtes au courant de l'étude que nous entreprenons. Nous en sommes encore aux premiers stades.

À part nos entretiens avec un grand nombre de groupes canadiens, nous avons choisi quatre pays dont nous voulons étudier les réalisations. Nous avons choisi la Nouvelle-Zélande à cause des commentaires très positifs que nous avons entendus sur beaucoup des changements que vous avez faits ces dix dernières années. Nous souhaitons en apprendre le plus possible afin de déterminer si nous pouvons adopter certaines de vos idées chez nous. En effet, il serait insensé de chercher à réinventer la roue.

Je tiens à vous dire d'entrée de jeu que nous sommes actuellement très loin derrière vous. Nous n'avons pas et n'avons jamais eu une politique nationale de santé mentale au Canada. Nous n'avons pas de lois nationales régissant ce domaine. Certaines de nos provinces ont de telles lois, mais elles sont, dans une grande mesure, périmées. Beaucoup de gens, dans

overall health care system is a concept that many people in the health care sector would agree is needed. Frankly, governments have been way behind in taking action in this field, which is not to say that we do not have some form of mental health system. Obviously, we do.

However, there is no national coordination or national policy. The policy at each of the individual provincial levels varies extraordinarily across the country. It varies enough that interprovincial data comparisons of systems performance are just not possible.

We are very much at the embryonic stages. We are only starting a process of determining how to attack the mental health and addiction problems from the perspective of the national government. I give that as background so that you understand either the complexity or the simplicity of the problem we are dealing with. The problem is complex but where we are is extremely simple because we are nowhere.

We are delighted that you have taken the time to be with us. It has been suggested that Ms. Wilson, the deputy director general, make an opening statement or series of opening comments. Ms. Wilson, please introduce for our record introduce your colleagues. If they want to make some additional opening comments also, that is fine.

We will then turn to a series of questions.

Ms. Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health, Government of New Zealand: Honourable senators, thank you for asking to meet with us. We are honoured that you have asked us to engage in this dialogue. As you know, we are a much smaller country than you are and our systems are somewhat different. It will be a very interesting interchange with about what we are doing and determine what you are doing and what your challenges are.

I will ask my colleagues to introduce themselves and speak about their role.

Mr. David Chaplow, Director and Chief Adviser of Mental Health, Government of New Zealand: Honourable senators, the core part of my work is to administer the Mental Health Act and some three or four other acts on behalf of the government and to be a conduit between the sector and the government.

Ms. Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental Health, Government of New Zealand: I am principally concerned with the use of information in terms of informing monitoring progress, service development. I also look at integration of services using information sets.

Ms. Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health, Government of New Zealand: Some of the portfolio areas that fall under my section cover more than indigenous issues; they cover

le secteur de la santé, conviennent qu'il est nécessaire de commencer à examiner la santé mentale et la toxicomanie dans le cadre de l'ensemble de notre système de soins de santé. Pour être franc, je dirais que les gouvernements ont pris beaucoup de retard dans ce domaine. Bien sûr, cela ne veut pas dire que nous n'avons aucune forme de système de santé mentale. Il est évident que nous en avons un.

Toutefois, nous n'avons ni politique nationale ni coordination nationale. Les politiques provinciales varient énormément d'une province à l'autre. En fait, ces politiques sont tellement différentes qu'il n'est même pas possible de faire des comparaisons entre les données provinciales de rendement.

Notre étude en est encore au stade embryonnaire. Nous venons tout juste de commencer à essayer de trouver des moyens de nous attaquer aux problèmes de la santé mentale et de la toxicomanie dans une perspective nationale. Je tenais à vous donner une idée générale de la situation pour que vous puissiez comprendre à la fois la complexité et la simplicité du problème auquel nous sommes confrontés. Le problème est complexe, mais notre situation est extrêmement simple à saisir car nous n'avons encore rien fait.

Nous sommes très heureux que vous ayez pu trouver le temps de nous parler. On nous a dit que Mme Wilson, directrice générale adjointe, présenterait un exposé ou une série d'observations préliminaires. Madame Wilson, auriez-vous l'obligeance de nous présenter vos collègues aux fins de notre compte rendu? S'ils souhaitent aussi présenter des exposés préliminaires, nous sommes prêts à les entendre.

Nous aurons ensuite une période de questions.

Mme Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction de la santé mentale, ministère de la Santé, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Honorables sénateurs, je vous remercie de nous avoir demandé cet entretien. C'est un honneur pour nous. Comme vous le savez, notre pays est bien plus petit que le vôtre et nos systèmes sont assez différents. Ce sera très intéressant de discuter avec vous de ce que nous faisons, de ce que vous faites et des problèmes que vous avez à affronter.

Je demande à mes collègues de se présenter et de parler de leur rôle.

M. David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Honorables sénateurs, l'essentiel de mon travail consiste à administrer, au nom du gouvernement, la Loi sur la santé mentale ainsi que trois ou quatre autres mesures législatives et d'assurer la liaison entre le secteur et le gouvernement.

Mme Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Je m'occupe principalement de l'utilisation des données pour informer, suivre les progrès et concevoir des services. J'examine également l'intégration des services au moyen d'ensembles de données.

Mme Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris, gouvernement de la Nouvelle-Zélande: Certains des secteurs qui relèvent de mon service vont au-delà des questions

issues such as alcohol and other drugs. On July 1, we also incorporated problem gambling services to the addictions string that we are looking at and data on forensic services.

All of us at this table are involved in workforce development as well. Those are some of the key areas on which the team that I manage focus.

The Chairman: Please proceed, Ms. Wilson.

Ms. Wilson: I did wonder whether you might find it useful to look at our presentation. We have done a number of presentations internationally on the New Zealand mental health system.

The Chairman: Yes, we would.

Ms. Wilson: I am quite happy to start. I understand that the technical people have managed to get it sent to you so you will be able to see it as we go along. We will stop from time to time just so that you can ask questions.

I will start with the configuration of New Zealand and provide some of our demographics and explain the health structure because you need to understand the context to make any sense of the mental health policy environment.

You probably know that there are four million New Zealanders. We have 10 times more sheep in our country than people. About 75 per cent of the country is urban and the rest is rural. About 80 per cent of the population is European, mostly as a result of immigration from the U.K. That is much the same as Canada, I expect. About 15 per cent of our population are indigenous Maori, about 6 to 7 per cent are from the Pacific islands and about 5 per cent are Asian immigrants. That is our demography.

Our Parliament is fairly similar to that of the United Kingdom. We are based on the British system, except that we have proportional representation form of government. We have a mixed member party with a three-year cycle of government. Our economy is predominantly agricultural based. Our GDP growth was about 3.2 per cent compared with the OECD average of 1.3 per cent. Our unemployment rate is currently running at about 4.7 per cent.

We have had a universal health system since about 1938. It is a bit like the National Health Service in the U.K. Canada has a universal kind of national insurance system so it is different from your system in respect of funding.

However, our system is not totally funded. There are some co-payments for pharmaceuticals, laboratory pharmacology, radiology, et cetera. The only difference to the United Kingdom is that the primary health care system has not been universally covered but has had targeted funding on the basis of income and on chronic illness. Last year, or the year before, a primary health

aborigènes, s'étendant à des problèmes tels que l'alcool et la drogue. Depuis le 1^{er} juillet, nous nous occupons également des problèmes de jeu, dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie, ainsi que des données relatives aux services médico-légaux.

Toutes les personnes présentes s'occupent en outre de développement de la main-d'œuvre. Ce sont là quelques-uns des principaux secteurs d'activité de l'équipe que je dirige.

Le président: Veuillez poursuivre, madame Wilson.

Mme Wilson: Je me demandais si vous trouveriez utile de voir notre présentation. Nous avons fait un certain nombre de présentations internationales sur le système de santé mentale de la Nouvelle-Zélande.

Le président: Oui, bien sûr.

Mme Wilson: Je suis très heureuse de commencer. Je crois savoir que notre personnel technique vous a transmis la présentation et que vous pourrez donc la suivre au fur et à mesure. Nous nous arrêterons de temps en temps pour vous permettre de poser des questions.

Je vous parlerai d'abord de la structure de la Nouvelle-Zélande, puis je vous présenterai quelques données démographiques et vous expliquerai l'organisation de notre système de santé, car vous devez comprendre le contexte général pour vous faire une idée de l'environnement dans lequel nous appliquons notre politique de santé mentale.

Vous savez probablement que nous avons une population de 4 millions d'habitants. Nous avons en fait dans notre pays dix fois plus de moutons que d'habitants. La Nouvelle-Zélande est à 75 p. 100 urbaine et à 25 p. 100 rurale. Près de 80 p. 100 de la population est d'origine européenne, surtout par suite de l'immigration en provenance du Royaume-Uni. Je crois que la situation est à peu près la même au Canada. Quelque 15 p. 100 de notre population est composée d'aborigènes maoris, 6 à 7 p. 100 viennent des îles du Pacifique et près de 5 p. 100 sont d'origine asiatique. Voilà pour la démographie.

Notre Parlement est assez semblable à celui du Royaume-Uni. Notre système de gouvernement se base sur le modèle britannique, sauf que nous avons la représentation proportionnelle. Nous avons un système électoral mixte avec des cycles de trois ans. Notre économie est essentiellement agricole. Le taux de croissance de notre PIB a atteint environ 3,2 p. 100, par rapport à une moyenne 1,3 p. 100 pour les pays de l'OCDE. Notre taux de chômage se situe actuellement aux alentours de 4,7 p. 100.

Nous avons un système de santé universel, assez semblable à celui du Royaume-Uni, depuis 1938. Le Canada a un système universel d'assurance-maladie, qui diffère donc du nôtre sur le plan du financement.

Toutefois, notre système n'est pas intégralement financé. Les patients ont à verser une quote-part pour les médicaments, les frais de laboratoire, les radiographies, et cetera. La seule différence par rapport au Royaume-Uni est que les soins de santé primaires ne sont pas universellement couverts. Ils font l'objet d'un financement ciblé fondé sur le revenu et les maladies

care strategy was launched that progressively over the next five to 10 years build up that universal payment until it covers about 80 per cent of the population.

These new primary health care organizations will eventually cover 80 per cent of the population. This is important because we have not had good mental health coverage in the primary health care sector. In that respect, we are different from some other countries. We have had a significant amount of development in the secondary or specialist area of mental health care delivery but not necessarily in the primary health care sector. We also have a special kind of no-fault accident compensation scheme that is public funded and covers accident and trauma. It covers mental illness where it is associated with a physical accident or trauma.

Our total Vote Health is about 8 per cent of GDP. That is a kind of comparison but I do not have the Canadian data here because this was done for another purpose. I will quickly go through that. That figure is used when we compare ours with yours on this graph.

We have had a decade of health reform. Currently, our system has a central ministry of health. Our health care is funded through 21 district health boards that also provide a significant quantity of hospital and community services. This is based on a health and disability strategy and, as I said, on a primary care strategy. The majority of the district health board members are elected by their local communities every three years. Most of our mental health services are either organized or funded through these district health boards.

We have little private practice in New Zealand. Our first national mental health strategy was launched in 1994 and we are currently in the process of doing the second 10-year plan for that. As a result of deinstitutionalization in the last decade, we have no stand-alone psychiatric hospitals. Rather, we have a total community-based health care delivery.

We have an organization called the Mental Health Commission, which was formed after a major inquiry in 1996. It is an independent body appointed by government to actually monitor mental health and, particularly, to monitor the implementation of the strategy — the progression and the development of mental health service delivery. To date, our strategy has been focused on about 3 per cent of the population who, as you may know from epidemiology studies, have the most severe illness.

By the early 1990s we had 10 stand-alone psychiatric hospitals. We have had quite rapid growth — particularly of community mental health services. We have now moved to a much more comprehensive range of services based in general hospitals and in

chroniques. L'année dernière ou la précédente, nous avons mis en œuvre une stratégie de soins primaires qui permettra d'étendre progressivement les paiements universels, d'ici cinq à dix ans, à près de 80 p. 100 de la population.

Comme je viens de le dire donc, les nouveaux organismes de soins de santé primaires en viendront avec le temps à s'occuper de 80 p. 100 de la population. Cela est important car la couverture de la santé mentale dans le secteur des soins primaires n'était pas très bonne. À cet égard, nous nous distinguons de certains autres pays. Nous avons réalisé des progrès sensibles dans le secteur secondaire ou spécialisé de la santé mentale, mais pas nécessairement dans le secteur des soins primaires. Nous avons également un régime d'indemnisation hors-faute à financement public qui couvre les accidents et les traumatismes. Le régime s'applique à la santé mentale si les troubles sont liés à un accident ou à un traumatisme.

Les crédits totaux consacrés à la santé s'élèvent à environ 8 p. 100 du PIB. Je mentionne ce chiffre à des fins de comparaison, mais je ne dispose pas des données canadiennes, car nos données ont été calculées à d'autres fins. Je vais passer rapidement sur cette question. Ce chiffre est utilisé dans la comparaison de notre système avec le vôtre sur ce graphique.

Nous avons eu une décennie de réforme dans le domaine de la santé. À l'heure actuelle, notre système comprend un ministère central de la Santé. Notre système de soins est financé par l'entremise de 21 commissions de district qui offrent aussi d'importants services hospitaliers et communautaires. Cela se base sur une stratégie de santé et d'invalidité et, comme je l'ai dit, sur une stratégie de soins primaires. La majorité des membres des commissions de santé de district sont élus par la collectivité locale tous les trois ans. La plupart de nos services de santé mentale sont organisés ou financés par l'entremise de ces commissions de district.

Nous n'avons que peu de cabinets privés en Nouvelle-Zélande. Notre première stratégie nationale de santé mentale remonte à 1994. Nous travaillons actuellement à notre deuxième plan décennal. Par suite de la désinstitutionnalisation de la dernière décennie, nous n'avons plus d'hôpitaux psychiatriques autonomes. Nous avons plutôt des services de santé entièrement communautaires.

Nous avons un organisme nommé Commission de la santé mentale, qui a été formé après une importante enquête menée en 1996. C'est un organisme indépendant nommé par le gouvernement pour surveiller la santé mentale et, plus particulièrement, la mise en œuvre de la stratégie ainsi que la progression et le développement des services de santé mentale. Jusqu'ici, notre stratégie était concentrée sur les 3 p. 100 de la population qui, d'après les études épidémiologiques, souffrent des troubles les plus graves.

Au début des années 90, nous avions 10 hôpitaux psychiatriques autonomes. Nous avons connu une croissance assez rapide, surtout dans le domaine des services communautaires de santé mentale. Nous avons maintenant une

the community with a large non-government sector — predominantly non-profit — that provides much of the community support and residential services in the community.

I am showing the committee a diagram of our position. The ministry has the oversight for policy regulation and monitoring. District health boards are responsible for funding and delivery and also for funding primary health care and the NGO community. The Mental Health Commission monitors all of us.

Of interest to the committee is that since 1993 we have had an increase in funding for mental health services of close to 150 per cent. That figure is discounted for inflation, et cetera. We have had a commitment from the current government to continue the funding stream at this rate until at least 2007 because we have not yet completed all of the reform agenda.

Mental health funding is split such that about 70 per cent is spent on community services, which also include the NGO component, and about 30 per cent on in-patient services. That tells you something about the strategies and plans that we developed through the 1990s, including for Maori health, for child and youth, alcohol and other drugs, and workforce development.

The strategy in 1994 was predominantly focused on deinstitutionalization so that people were moved out of the large institutions to change the way of mental health care delivery. There was very active participation of consumers and families in this drive. The next graph shows senators how the number of beds in New Zealand has declined from the 1970s, with a faster rate of decline through the 1990s. It has steadied off now because we have a reasonable balance of in-patient hospital beds, residential beds in the community, and other community services.

I wonder whether it might be best to just stop there for the moment as this might be a good point for a bit of an interchange.

The Chairman: Ms. Wilson, you started your first national strategy in 1994. What were the motivating political or public factors? There must have been a trigger, or set of triggers, that prompted the development of a national policy. This may sound simplistic, but what put it on the national agenda? It has not made it to the national agenda in Canada, yet.

Ms. Wilson: People had been moving patients out of psychiatric hospitals slowly for some years. There was growing concern in the community and at the government level that there was no policy framework in place to guide this. It was being pushed along by strong providers, psychiatrists, nurses, consumers and a growing consumer movement. Although it was by and large being done relatively well, it was not being supported financially, nor was there any formal structure. Of course, there was some anxiety in the community about people leaving

gamme beaucoup plus étendue de services, qui sont dispensés dans les hôpitaux généraux et dans la collectivité. L'important secteur non gouvernemental, essentiellement sans but lucratif, assure une grande partie des services communautaires de soutien et des services résidentiels dans la collectivité.

Ce diagramme représente notre situation. Le ministère s'occupe des politiques, de la réglementation et de la surveillance. Les commissions de santé de district sont chargées du financement et de la prestation des services ainsi que du financement des soins primaires et de la communauté des ONG. La Commission de la santé mentale surveille le tout.

Depuis 1993, le financement des services de santé mentale a augmenté de près de 150 p. 100. Ce chiffre tient compte de l'inflation et d'autres facteurs. Le gouvernement actuel s'est engagé à maintenir le financement à ce niveau au moins jusqu'en 2007 parce que nous n'avons pas encore terminé tous les éléments de notre programme de réforme.

Le financement de la santé mentale est réparti de telle sorte qu'environ 70 p. 100 des fonds vont aux services communautaires, qui comprennent le secteur des ONG, et que les 30 p. 100 restants sont consacrés aux malades hospitalisés. Cela vous donne une idée des stratégies et des plans que nous avons établis dans les années 90, notamment pour les Maoris, les enfants et les jeunes, la lutte contre l'alcool et la drogue et le développement de la main-d'œuvre.

En 1994, la stratégie était surtout axée sur la désinstitutionnalisation, qui a consisté à sortir les malades des grands établissements pour changer le mode de prestation des soins de santé mentale. Dans cet effort, nous avons bénéficié d'une participation très active des patients et des familles. Le graphique suivant montre la baisse du nombre de lits en Nouvelle-Zélande depuis les années 70, avec une accélération du taux de diminution pendant les années 90. Le taux s'est stabilisé parce que nous avons maintenant un équilibre raisonnable entre les lits d'hôpitaux, les lits résidentiels dans la collectivité et d'autres services communautaires.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, je crois qu'il vaudrait mieux que je m'arrête maintenant pour que vous puissiez poser des questions.

Le président: Madame Wilson, vous avez lancé votre première stratégie nationale en 1994. Quels facteurs politiques ou publics ont joué dans cette décision? Il y a sûrement eu un ou plusieurs déclencheurs qui ont entraîné l'élaboration d'une politique nationale. C'est peut-être simpliste de poser la question, mais pourquoi la question a-t-elle été inscrite au programme national? Nous n'en sommes pas encore là au Canada.

Mme Wilson: Petit à petit, les gens ont commencé il y a quelques années à sortir les malades des hôpitaux psychiatriques. Cela a suscité des préoccupations croissantes tant dans la collectivité qu'au gouvernement à cause de l'absence d'une politique cadre pour orienter cette transition. Celle-ci se produisait à cause du dynamisme de certains fournisseurs de services, psychiatres, infirmières et patients et de l'action d'un mouvement de consommateurs de plus en plus fort. Même si, dans l'ensemble, tout se passait relativement bien, il n'y avait ni

psychiatric hospitals and living in their communities. However, the main thrust of the policy at that time was to get a framework around what is called deinstitutionalization.

The opportunity was taken, though, not to focus on deinstitutionalization, but to talk about adequacy and what one needs to have a range of services. What makes an adequate mental health service or system? What is required for the community to feel confident that their mental health needs are being met? That was the perspective that the policy framework took.

The Chairman: Is it fair to say that, with deinstitutionalization underway, the public policy emerged as a result of concerns about the consequences of that for the rest of the community. That, in turn, led to a decision to develop a policy that, among other things — and we will talk about communications and removing stigma in a few minutes — would make the community more comfortable with the policy of deinstitutionalization?

Ms. Wilson: That was part of it. It was also partly driven by questions relating to the evidence about best practice in respect of a health service. How do you actually deliver the best mental health service that meets people's needs? Best practice internationally was certainly telling us that this needs to be much more community-based and integrated into other health services. It needs to take a more whole-of-government approach, linking with other sectors such as housing, employment, labour and so on. That became the focus.

Senator Kinsella: As you went through the process of creating community-based mental health delivery systems, what kind of quantifiers were you able to identify in terms of the cost and the amount of public resources to put into the community-based delivery?

That whole process of normalization has sometimes had consequences that were not terribly salutary. Did you come up with measures of how much has to be spent on a per capita basis? How do you measure the amount of financial public resources required to sustain a community-based system that will make sure that some of the adverse consequences of deinstitutionalization do not occur? For example, some would argue that the increase of street people is directly related to deinstitutionalization.

Ms. Wilson: That is a very good question. The way it happened in New Zealand was the process of a big national inquiry, which was called the Mason Inquiry. A retired High Court judge by the name of Ken Mason headed the inquiry. That inquiry resulted in the establishment of the Mental Health Commission in 1996. They prepared the "Blueprint for Mental Health Services in New Zealand," a very detailed document which details the kind of beds and full-time equivalent, FTE, staff that are required if you have a comprehensive service that interdigitates and works as a system. There are components such as how many acute inpatient beds are required for 100,000 population, what is the full-time equivalent staff required for the number of community teams, how many

soutien financier ni structure officielle. Bien sûr, la collectivité s'inquiétait aussi du fait que des patients quittaient les hôpitaux psychiatriques pour vivre dans leur propre localité. Toutefois, le principal objet de la politique, à ce moment, était de rationaliser ce qu'on appelle la désinstitutionnalisation.

On a cependant choisi de ne pas insister tant sur la désinstitutionnalisation que sur l'efficacité et sur ce qu'il fallait pour dispenser une gamme de services. Qu'est-ce qui donne à un service ou à un système de santé mentale un caractère adéquat? Que faut-il pour que la collectivité soit persuadée que ses besoins en matière de santé mentale sont satisfaits? C'est dans cette perspective que la politique cadre a été élaborée.

Le président: Peut-on dire que, la désinstitutionnalisation étant en cours, la politique publique a découlé des préoccupations relatives aux conséquences de cette transition sur le reste de la collectivité? Et que cela entraîné l'élaboration d'une politique qui, entre autres résultats — nous parlerons dans quelques minutes des communications et de la honte ressentie —, permettrait à la collectivité de mieux accepter la politique de désinstitutionnalisation?

Mme Wilson: Cela en faisait partie. Il y avait aussi les enseignements tirés des pratiques exemplaires relatives aux services de santé. Comment dispenser les meilleurs services de santé mentale qui répondent aux besoins des gens? Les pratiques exemplaires d'autres pays nous indiquaient clairement qu'il fallait rapprocher les services de la collectivité et les intégrer dans les autres services de santé. Il fallait adopter une approche plus globale au niveau du gouvernement, en faisant le lien avec d'autres secteurs, comme le logement, l'emploi, la main-d'œuvre, et cetera. Ces facteurs commençaient à jouer un rôle central.

Le sénateur Kinsella: Pendant que vous étiez en train de créer des systèmes communautaires de santé mentale, quels critères quantitatifs avez-vous utilisés pour calculer le coût de ces systèmes et les ressources publiques à y affecter?

Le processus de normalisation a parfois des conséquences qui ne sont pas très salutaires. Avez-vous conçu des indicateurs pour calculer combien il faut dépenser par personne? Comment avez-vous mesuré les ressources publiques nécessaires pour financer un système communautaire permettant d'éviter les effets négatifs de la désinstitutionnalisation? Par exemple, certains affirment que l'augmentation du nombre des sans-abri est directement liée à la désinstitutionnalisation.

Mme Wilson: C'est une très bonne question. En Nouvelle-Zélande, la transition a été amorcée par une grande enquête nationale, l'enquête Mason, du nom d'un juge à la retraite de la Cour supérieure, Ken Mason, qui a dirigé l'enquête. Celle-ci a entraîné la création de la Commission de la santé mentale en 1996. La Commission a rédigé un document très détaillé, le plan directeur des services de santé mentale en Nouvelle-Zélande, dont les auteurs avaient calculé les nombres de lits et d'équivalents plein temps (ETP) de personnel nécessaires pour établir un système complet et intégré. Le document abordait des questions telles que le nombre de lits pour malades de soins aigus par 100 000 habitants, le nombre d'ETP par rapport au

residential beds are required in the community and at what level? Thus, if you have high-intensive community beds that need higher staffing from lower levels, what other kind of community support is required?

They looked at mental health services adults, for children and youth, for seniors, as well as forensic services. It is a detailed document. They then figured out the costs — the price of the bed and the price of the FTE, and so on — for 100,000 population. They priced it on 1996 dollars and it has been adjusted once since then in 2000. They came up with a total figure that needs so many million dollars over a period of 10 or 20 years to implement the strategy.

That is what has driven our funding stream. We have had additional grants of about \$20 to \$25 million a year in a steady progression and added on to implement these services. They set targets and we have implemented about 75 per cent. Some parts of the country are closer to 60 per cent and some are almost fully implemented at close to 100. We have regional variation, depending on population growth and other factors.

I have to say that we are always a little surprised that our government took the gamble on this — that they actually allowed an independent organization to go out and price what it meant. Successive governments of different colour, as it were, have actually bought into this and have continued to support the ongoing funding stream until the so-called full implementation occurs.

That happened in the mid-1990s. Things do change. At the moment, as we develop the second plan, there is likely to be a revision of where we are at. Is the configuration of services the right one? Do we need to put more emphasis on building the system, on the linkages between components, to ensure that there is less fragmentation because fragmentation still occurs? Will this have a physical impact? We do not know the answer to that yet.

Mr. Chaplow: If I may just address certain aspects of your question, senator. The first thing is that it is a process that occurs over a long time. I would have to say that 10 years after embarking on the strategy, we are still part way through it. The first few years are quite fraught with the tension that anything adverse is blamed on this new model.

Certainly, as we have incrementally increased the money to enable the blueprint to be realized, the district health boards that provide the services have had to be very strategic as to how they apply that to minimize the adverse consequences.

Last year, we commissioned some research to determine whether or not the community was in more danger currently than it was prior to this program. The conclusion was quite a clear no vote that they were not. It does require a significant amount of support and communication with the community in order to keep facilitating what is happening.

nombre d'équipes communautaires et le nombre de lits résidentiels nécessaires dans la collectivité. Ainsi, si l'on a des lits communautaires pour soins aigus qui nécessitent davantage de personnel des niveaux inférieurs, quels autres services communautaires de soutien sont nécessaires?

La Commission a examiné les services de santé mentale pour adultes, pour enfants et jeunes et pour personnes âgées ainsi que les services médico-légaux. Le document est très détaillé. Ensuite, elle a calculé les coûts — prix du lit, prix d'un ETP, et cetera — par 100 000 habitants. Tout a été compté en dollars de 1996, et les chiffres ont été rajustés une fois en 2000. Cela a abouti à un chiffre total exprimant le nombre de millions de dollars nécessaire sur une période de 10 ou 20 ans pour mettre en œuvre la stratégie.

C'est sur cette base que notre financement a été établi. Nous avons reçu des subventions supplémentaires de 20 à 25 millions de dollars par an, qui augmentaient progressivement, pour nous permettre d'offrir ces services. La Commission a fixé des objectifs et nous avons atteint un taux de couverture d'environ 75 p. 100. Le pourcentage est proche de 60 p. 100 dans certaines régions du pays, tandis qu'il est de presque 100 p. 100 dans d'autres. Nous avons des écarts régionaux qui dépendent de la croissance démographique et d'autres facteurs.

Je dois dire que nous sommes toujours un peu surpris que notre gouvernement ait pris ce risque, en laissant un organisme indépendant estimer le prix des services. Des gouvernements successifs de partis différents ont en fait accepté cela et ont maintenu la croissance du financement en attendant que la couverture atteigne 100 p. 100.

Cela s'est produit dans le milieu des années 90. Les choses changent. En ce moment, tandis que nous élaborons notre deuxième plan, un réexamen de la situation est probable. La structure des services est-elle adéquate? Devrions-nous insister davantage sur l'édification du système, sur les liens entre les composantes pour réduire la fragmentation, puisqu'il y en a encore? Cela aura-t-il des répercussions matérielles? Nous ne connaissons pas la réponse encore.

M. Chaplow: Permettez-moi d'aborder certains aspects de votre question, sénateur. Je dois dire, en premier, qu'il s'agit d'un processus qui dure assez longtemps. Dix ans après le lancement de la stratégie, nous n'en avons réalisé qu'une partie. Pendant les premières années, tout incident qui survient est attribué au nouveau modèle.

Pendant que les fonds augmentaient progressivement pour permettre la mise en œuvre du plan directeur, il n'y a pas de doute que les commissions de santé de district qui dispensent les services ont dû faire une gestion très stratégique pour minimiser les conséquences négatives.

L'année dernière, nous avons fait faire des recherches pour déterminer si la collectivité est plus en danger aujourd'hui qu'elle ne l'était avant la réalisation de ce programme. La réponse a été un non clair. Il faut néanmoins beaucoup de soutien et de communication avec la collectivité pour faciliter ce qui se produit.

Senator Kinsella: It strikes me that your model is clearly psychosocial. Have you had any push resistance from those who favour a medical model in mental health delivery?

Mr. Chaplow: There is no doubt that this polarity will be with us until certainly I die. This is the tension all the time that we are managing. There is now an acceptance, from all political parties, that we cannot go back. It is not a matter of rejecting any one model; it is a matter of taking the best elements of all of the models.

Can I just say, senator and chair, that at no time have we diminished the total number of beds in what were the old asylums. We have spread those places in a variety of configurations, so that some are still configured in hospital units and some are in community placements. It is a matter of explaining the model.

Ms. Peretini: I think two of the essential elements that we have had in the last 10 years, if not 15, is that we have had champions and leaders prepared to give the continuity that this model needed, around championing and leadership.

The Chairman: I have just a quick question on your champions and leaders.

Have your champions and leaders been either politicians, at some level or other, or have they have been what I would call "community leaders" in the broader sense, or indeed leaders just in the mental health community?

Ms. Wilson: I think they have been across the board, fortunately. We have been fortunate to have had quite strong leadership from a successive number of ministers of health. We have had strong political leadership and commitment at the national level. We have had some community leaders who have been supportive and have given that leadership. Within psychiatry and mental health services themselves, and within the consumer group, we have had quite sensible and fair-minded leadership, as Mr. Chaplow has said, that has managed to communicate well the vision and the strategy, and to bring people along together.

The Chairman: I gather the political leaders, if I am correct, have crossed the political spectrum. It has not been just a pet issue of one party or another; is that right?

Ms. Wilson: That is correct.

The Chairman: That is a very important point in terms of where we go.

Senator Morin: I think that your move away from dedicated psychiatric institutions occurred later than it did for us, and was probably more controlled and less drastic. I think this may have been a factor in the success you have had.

I would like to address what is a major issue here in Canada. I think you have a similar one, and you may have had some success with it. It is what we call Aborigines and what you call indigenous populations. I think that in both countries there is a higher prevalence of mental illness, suicide and so forth among these populations. I notice, in your blueprint

Le sénateur Kinsella: Je note que votre modèle est clairement psychosocial. Avez-vous dû affronter la résistance de ceux qui favorisent un modèle médical de prestation des soins de santé mentale?

M. Chaplow: Je n'ai pas de doute que cette polarisation existera encore à ma mort. C'est le genre de tension que nous devons constamment gérer. Tous les partis politiques acceptent maintenant le fait qu'il est impossible de revenir en arrière. Il ne s'agit non de rejeter un modèle ou l'autre, mais de prendre les meilleurs éléments de chacun.

Je dois ajouter, sénateur et monsieur le président, que nous n'avons jamais diminué le nombre total de lits qu'il y avait dans les anciens asiles. Nous avons réparti ces places sous diverses formes: il y en a encore dans les hôpitaux et il y en a dans la collectivité. Il suffit d'expliquer le modèle.

Mme Peretini: Dans les 10 ou 15 dernières années, nous avons eu deux éléments essentiels, les champions et les leaders, pour assurer la continuité nécessaire.

Le président: J'ai une question rapide à poser au sujet de vos champions et leaders.

Vos champions et leaders étaient-ils des politiciens d'un niveau ou d'un autre, s'agissait-il de ce qu'on pourrait appeler des «leaders communautaires» dans le sens large, ou bien était-ce seulement des leaders du domaine de la santé mentale?

Mme Wilson: Heureusement, je crois qu'il y en avait de toutes les sortes. Nous avons eu la chance d'avoir un leadership fort dans la personne d'un certain nombre de ministres successifs de la Santé. Nous avons également eu un leadership politique énergique et beaucoup d'engagement au niveau national. Nous avons eu des leaders communautaires qui ont prêté leur concours. En psychiatrie, dans les services de santé mentale et parmi les groupes représentant les patients, nous avons aussi eu un leadership énergique et équitable qui, comme M. Chaplow l'a dit, a réussi à communiquer sa vision et sa stratégie et à gagner l'appui des gens.

Le président: Je suppose que les dirigeants politiques appartenaient à différents partis. Ce n'était pas le dada d'un parti ou d'un autre, n'est-ce pas?

Mme Wilson: C'est exact.

Le président: Cela est très important pour l'orientation d'ensemble.

Le sénateur Morin: Je crois que votre transition entre les hôpitaux psychiatriques et les services communautaires s'est produite plus tard que la nôtre et a été probablement mieux contrôlée et moins radicale. Cela a pu jouer un rôle dans le succès que vous avez obtenu.

Je voudrais aborder un grand problème que nous avons ici, au Canada. Je crois que vous en avez un semblable et que vous avez mieux réussi que nous à vous y attaquer. Nous parlons chez nous d'Autochtones, tandis que vous parlez chez vous de populations aborigènes. Je crois que dans les deux pays, nous avons une prévalence supérieure de maladie mentale, de suicide, et cetera

of 1998, the delivery of mental health services for the Maori population was the second priority, right after community-based mental health services.

Did you have any programs that were successful? How do you address this issue, and have you had successes or failures? As you know, this is a very serious issue in Canada. We are still groping our way with it; we do not know which way to go. Resources have been allocated to this without much success. We are eager to hear what you have to say on that issue.

Ms. Peretini: One of the approaches that we have taken, which is articulated in the national mental health plan and the blueprint, is that we have looked at the responsiveness that is necessary in the mainstream services and the district health board services, as well as what we need to do in the community settings, such as the non-government organizations. In the last 10 years, as a result of the switch from deinstitutionalization to community-based services, we have seen the growth of the indigenous services, in particular in the NGO area. That has just dramatically increased — 10 years ago, I think it was almost 11, and now it is 80.

Some of the problems have resulted from the fact that a lot of indigenous Maori within this country tend to appear at services at acute stages of mental illness. The NGO sector has worked very much around how to work with communities to get a better understanding of mental illness. We have not resolved a lot of the problems, but at least there is a lot of goodwill and willingness between the mainstream services and the indigenous services to see where on the continuum that we can actually share some of the knowledge and build some of those partnerships that are needed.

Probably some of the successes have been where you have had mainstream services focus on how to provide culturally appropriate and relevant services to the indigenous peoples coming in. Mr. Chaplow managed one of the key forensic services in this country, where the proportion of Maori, at that stage in the forensic clinic, was over 50 per cent. Mr. Chaplow can talk about some of the programs that he introduced that cater to the cultural needs.

One of the emerging issues for us that we are finding is that we had developed in the 1970s and 1980s, which was to revitalize the indigenous language. One of the struggles that some of the mainstream services are facing more than the NGO sector is that we now have some of those children — or the children of the original children — who are now native speakers of the indigenous language. When they become unwell, they revert to their mother tongue. In mainstream services, where they tend to actually be admitted, there is very little capacity to communicate. That is an evolving issue that we had not anticipated.

It has been very much the risk between the responsiveness of mainstream services and the growth of the NGO sector — how do we do that? One of the things that we have invested a lot in — particularly over the last seven or eight years — from the Ministry of Health with other key sectors, is in the research and

parmi ces populations. Je remarque que, dans votre plan directeur de 1998, la prestation de services de santé mentale à la population maorie constituait votre deuxième priorité, immédiatement après les services communautaires de santé mentale.

Avez-vous eu des programmes qui ont réussi? Comment vous êtes-vous attaqués à ce problème et avez-vous enregistré des succès ou des échecs? Comme vous le savez, c'est un problème très sérieux au Canada, avec lequel nous nous débattons encore, sans savoir où aller. Nous y avons consacré des ressources, mais en vain. Nous aimerions beaucoup savoir ce que vous avez à dire à ce sujet.

Mme Peretini: L'une des approches nous avons adoptées, qui est exposée dans le plan national de santé mentale et dans le plan directeur, c'est que nous avons cherché à déterminer la flexibilité à prévoir dans les services généraux, dans ceux des commissions de santé de district et dans les services communautaires, comme ceux que dispensent les organisations non gouvernementales. Dans les 10 dernières années, par suite de la désinstitutionnalisation et de l'expansion des services communautaires, les services autochtones se sont développés, surtout dans le secteur des ONG. L'expansion a été vraiment considérable: je crois que le chiffre est passé de 11 il y a 10 ans à 80 aujourd'hui.

Certains des problèmes découlent du fait que beaucoup de Maoris tendent à se présenter dans les services à des stades aigus de maladie mentale. Le secteur des ONG a beaucoup travaillé avec les collectivités pour mieux comprendre la maladie mentale. Nous n'avons pas résolu beaucoup de problèmes, mais il y a au moins de la bonne volonté dans les relations entre les services généraux et les services autochtones, le but étant de trouver les domaines dans lesquels il est possible de partager des connaissances et de former les partenariats dont nous avons besoin.

Nous avons enregistré des succès là où les services généraux ont su montrer la flexibilité nécessaire pour donner des soins culturellement adaptés aux patients autochtones qui se présentaient. M. Chaplow dirigeait l'un des principaux services médico-légaux du pays, où la proportion des Maoris dépassait les 50 p. 100. M. Chaplow pourra vous parler de quelques programmes qu'il a mis en œuvre pour répondre aux besoins culturels.

Nous avons aujourd'hui un problème qui découle des efforts déployés dans les années 70 et 80 en faveur des langues autochtones. Les services généraux — beaucoup plus que le secteur des ONG — doivent maintenant s'occuper d'enfants qui ont été élevés dans la langue autochtone. Lorsqu'ils se sentent mal, ils reviennent à leur langue maternelle. Dans les services généraux, où ils sont le plus souvent admis, la communication devient très difficile. C'est un problème que nous n'avions pas prévu.

Il y avait un risque à prendre sur le plan de la flexibilité des services généraux en favorisant la croissance du secteur des ONG. Comment faire? De concert avec d'autres secteurs importants, le ministère de la Santé a beaucoup investi, surtout ces sept ou huit dernières années, dans la R et D. Nous avons essayé d'élaborer

development end. We have looked at the development of an outcome measurement tool that is indigenous-based and how do we actually define better outcome measures for indigenous peoples?

We have also invested a lot more research in how to get the data correct. That is part of what Ms. Gaines is doing. There are still gaps in a knowledge base about things such as admission and re-admission rates. We do know that some of the 21 services — because we did a survey three years ago now — are actually responsive to the needs of the Maori, by just incorporating a cultural assessment component as part of the clinical assessment. There were very few at that stage. Of nine district health boards, only seven had even considered policies around meeting the needs of indigenous people being admitted to the mainstream services. Of those seven, only three had cultural assessment tools that were well developed enough to be useful.

Myriad things have happened.

Senator Morin: Do I understand that you do not have hard outcomes to measure at present, for example, on the prevalence of mental illness, or on the incidents of suicide or this sort of thing? I realize what your programs are, but you still do not have hard outcomes? Am I right in saying that?

Ms. Wilson: We know about suicide rates, because you will be aware that we have one of the highest suicide rates in the world. Our suicide statistics are good and we know the rates well.

However, in terms of our overall prevalence, we are actually right in the middle of doing a major mental health survey that is nationwide. We will know the results of that by about 2006.

For that survey, we are not only interviewing about 10,000 people but also oversampling for Maori by doing 2,500 extra and oversampling for Pacific Island people.

Ms. Peretini: We do know that admission rates are disproportionately high for Maori entering mainstream services; we just have not qualified those statistics yet. However, we do know some of the data.

Senator Morin: Do you have many health professionals among your indigenous population? I am thinking of nurses and physicians among the Maori population.

Ms. Peretini: That is an excellent question. Two years ago, the Ministry of Health, as part of our workforce development strategy, commissioned the development and establishment of a Maori-focused workforce development organization. Almost a year ago, that organization undertook a series of surveys on our workforce. Rather than going into the detail, I will say is that we do not have a large workforce. We currently have probably about five psychiatrists in training.

un outil de mesure des résultats spécialement conçu pour les aborigènes, pour être en mesure de définir de meilleurs indicateurs des résultats dans leur cas.

Nous avons également mené de nombreuses recherches pour obtenir de bonnes données. Cela fait partie des fonctions de Mme Gaines. Il reste encore des lacunes dans notre connaissance de choses telles que les taux d'admission et de réadmission. Ayant réalisé une enquête il y a trois ans, nous savons que certains des 21 districts répondent vraiment aux besoins des Maoris parce qu'ils ont inclus dans leur évaluation clinique une composante d'évaluation culturelle. Très peu le faisaient auparavant. Sur neuf commissions de santé de district, sept seulement avaient, à un moment ou un autre, envisagé d'adopter des politiques visant à répondre aux besoins des aborigènes admis dans les services généraux. Sur ces 7, trois seulement avaient des outils d'évaluation culturelle assez développés pour être utiles.

Beaucoup de choses ont évolué.

Le sénateur Morin: Dois-je comprendre que vous n'avez pas à l'heure actuelle des résultats concrets à mesurer, comme la prévalence de la maladie mentale, les incidents de suicide et ainsi de suite? Je comprends la nature de vos programmes, mais vous voulez dire que vous n'avez pas encore de résultats concrets? Est-ce exact?

Mme Wilson: Nous connaissons les taux de suicide car, comme vous le savez, nous avons l'un des taux de suicide les plus élevés du monde. Nous avons de bonnes statistiques dans ce domaine.

Toutefois, pour ce qui est de la prévalence générale, nous sommes actuellement en plein milieu d'une grande enquête nationale sur la santé mentale. Nous connaissons les résultats vers 2006.

Pour cette enquête, non seulement nous interrogeons une dizaine de milliers de personnes, mais nous procédons à un suréchantillonnage dans la population maorie, où nous recruterons 2 500 enquêtés de plus, et parmi les gens des îles du Pacifique.

Mme Peretini: Nous savons que les taux d'admission de Maoris dans les services généraux sont disproportionnés, mais nous n'avons pas encore analysé les statistiques. Nous avons cependant des chiffres.

Le sénateur Morin: Y a-t-il beaucoup de professionnels de la santé dans la population aborigène? Je veux parler d'infirmières et de médecins maoris.

Mme Peretini: C'est une excellente question. Il y a deux ans, le ministère de la Santé a pris la décision, dans le cadre de notre stratégie de développement de la main-d'œuvre, d'établir une organisation axée sur les Maoris pour la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre. Il y a environ un an, cette organisation a réalisé une série d'enquêtes sur notre population active. Plutôt que de vous donner les détails des résultats, je dirai que nous n'avons pas une main-d'œuvre très importante. À l'heure actuelle, elle se limite probablement à cinq psychiatres en formation.

Mr. Chaplow: There are five psychiatrists practicing and probably about 30 in training.

Ms. Peretini: We are not major players at all as a workforce in either in the addictions field or the mental health field.

The Chairman: The five Aborigines practicing and the 30 in training are all Maoris. Is that right?

Ms. Peretini: Yes.

The Chairman: In general, do members of that community provide the services that you provide to the Maori community? I do not think that there would be nearly enough Aboriginal Canadians who are adequately trained to be able to deliver mental health services to any but a small minority of our population. Senator Morin, who was dean of a medical school, says that does not think that there is a single Aboriginal psychiatrist.

Have you reached this point because you made a conscious educational effort to get there? How have you had this very positive result in terms of human resources?

Ms. Wilson: The approach helped. There have been targeted policies to increase the health professional workforce among Maori — that is just for doctors and nurses, and they are a subset of that. Yes, we have had specific targeted policies, which include scholarships.

Ms. Peretini: As Dr. Wilson was saying, there have been educational quotas for certain themes in this country. They have existed for at least the past 20 years. We also have had some key leaders in Maori health who have become psychiatrists.

Over two and half years we have offered scholarships specifically for psychiatric registrars as well as looking at how to make it a more attractive career option. We are working on the entire strata across education.

The Chairman: We use different terminology, but you have run a strong affirmative action program.

Ms. Peretini: Very much so.

The Chairman: It is hard for me to get my mind around how different our situations are. The percentage of Aboriginal Canadians who even finish high school is many percentage points below what it is for the rest of the population. Is it reasonable to conclude that not only have you had an affirmative action program to get indigenous people into the health professions but also there is a pretty heavy emphasis on the education system as a whole for Maoris? Is that correct?

Ms. Peretini: The tribal leaders have been involved and there has been a major impetus on education. Our success rate in the education system is still quite poor. Almost 50 per cent of indigenous peoples do not make it to a form school certificate.

M. Chaplow: Nous avons cinq psychiatres praticiens et une trentaine en formation.

Mme Peretini: Le nombre de nos professionnels de la santé est très limité, que ce soit dans le domaine des toxicomanies ou dans celui de la santé mentale.

Le président: Les cinq praticiens aborigènes et les 30 en formation sont tous maoris. C'est bien cela?

Mme Peretini: Oui.

Le président: D'une façon générale, est-ce que ces gens s'occupent de la population maorie? Au Canada, nous n'avons sûrement pas suffisamment d'Autochtones ayant la formation nécessaire pour assurer des services de santé mentale à plus qu'une petite minorité de notre population. Le sénateur Morin, qui a été doyen d'une faculté de médecine, dit qu'il ne croit pas qu'il y ait un seul psychiatre autochtone.

En êtes-vous arrivés à ce stade à cause d'un effort délibéré d'éducation? Comment avez-vous réussi à obtenir ce résultat très positif sur le plan des ressources humaines?

Mme Wilson: Notre approche y a beaucoup contribué. Nous avons appliqué des politiques ciblées conçues pour accroître le nombre des professionnels de la santé parmi les Maoris. Nous avons parlé des médecins et des infirmières, qui représentent un sous-ensemble de tout cela. Oui, nous avons adopté des politiques ciblées comprenant des bourses d'études.

Mme Peretini: Comme Mme Wilson vient de le dire, nous avons fixé des quotas pour l'enseignement de certaines disciplines en Nouvelle-Zélande. Nous le faisons depuis au moins 20 ans. Nous avons également quelques leaders maoris du domaine de la santé qui sont devenus psychiatres.

Pendant une période de deux ans et demi, nous avons offert des bourses en psychiatrie et avons cherché à augmenter l'attrait d'une carrière dans ce domaine. Nous travaillons dans tout le domaine de l'éducation.

Le président: Nous utilisons une terminologie différente, mais je crois que vous avez mis en œuvre d'excellents programmes d'action positive.

Mme Peretini: C'est tout à fait cela.

Le président: Il est difficile pour moi d'imaginer à quel point nos situations sont différentes. La proportion d'Autochtones canadiens qui finissent ne serait-ce que leurs études secondaires est très sensiblement inférieure à la moyenne du reste de la population. Est-il raisonnable de conclure que non seulement vous avez appliqué un programme d'action positive pour attirer des aborigènes dans les professions de la santé, mais que vous avez aussi beaucoup insisté sur l'éducation, d'une façon générale, pour l'ensemble des Maoris? Est-ce exact?

Mme Peretini: Les chefs de tribu y ont participé. Nous avons en effet beaucoup insisté sur l'éducation. Notre taux de succès dans le système éducatif reste encore assez médiocre. Près de 50 p. 100 des aborigènes n'atteignent pas le niveau du certificat.

I do not know your equivalent. The education achievement is still low but high enough for us to gauge that influx of workforce that we need.

The Chairman: To what extent is your success in delivering programs to the Maori population dependent upon the programs being delivered by Maoris? If you were in our position, without the supply of Aboriginal health care professionals and wanted to deliver the same services, you would do so using non-Maoris.

I understand this is speculative. What is your guess on the impact of the success of the program?

Ms. Peretini: It is an excellent question and a hard one to answer.

Ms. Wilson: One of the key things about mental illness is that it affects the way that you think about yourself — your spiritual and cultural beliefs. People relate much better to people of their own culture. If you are the person with the illness, the relationship you have with your care provider — your doctor or nurse — is probably the most crucial thing to getting well and gaining recovery. If that person is able to understand your cultural belief system, then the chances of a successful outcome are better.

That is what we think happens. The truth is we have not done any comparative research yet to see if that is really true.

Mr. Chaplow: Having built services 15 years ago that struggled with all these issues of workforce, it would be true to say that a decade or so ago there was a renaissance in New Zealand in respect of language and government recognition that if the indigenous people, were to flourish, they needed to do it themselves. They needed to have ownership.

There was an incremental development of services. Whether they purchase skill from another culture is a slightly different issue. I am trying to say is that one of the significant advances is that now Maori people own their services and own the challenge. We are in an interim stage. The indigenous psychiatrists will have to be augmented or supplemented by others. That is one of the realities that we face.

The Chairman: The point you stated is that even if you do that, the Maoris have in fact taken ownership of the program, regardless of who is doing the service. They understand that it is their program. It is not as though they have been given a program by a bunch of outsiders, which is where we would have to begin. Nevertheless, that is a useful long-term observation.

Mr. Chaplow: We talked about the medical model or the psychosocial interventionist model. The indigenous model puts alongside the doctor or the psychiatrist a partnership with elders. I would think that this would work similarly in your indigenous culture. If the elders and the specialists can work together, you will have a good outcome.

Je ne sais pas quel est l'équivalent chez vous. Le niveau de scolarisation est encore peu élevé, mais il est suffisant pour nous fournir la main-d'œuvre dont nous avons besoin.

Le président: Dans quelle mesure le succès de vos programmes destinés à la population maorie dépend-il des professionnels de la santé maoris? Si vous étiez à notre place et que vous n'aviez pas de professionnels de la santé aborigènes, vous seriez obligés de recourir à des non-Maoris pour dispenser les mêmes services.

Je sais bien que tout cela est hypothétique, mais, à votre avis, quelles en seraient les conséquences sur le succès de votre programme?

Mme Peretini: C'est une excellente question à laquelle il est très difficile de répondre.

Mme Wilson: La maladie mentale a ceci de particulier qu'elle touche la façon dont vous vous envisagez vous-même ainsi que vos croyances sur le plan spirituel et culturel. Les gens communiquent beaucoup mieux avec ceux de leur propre culture. Si vous êtes un patient, votre relation avec la personne qui vous soigne, que ce soit un médecin ou une infirmière, est probablement le facteur le plus critique qui agisse sur la guérison. Si cette personne peut comprendre votre culture et vos croyances, les chances d'un résultat positif sont sensiblement meilleures.

C'est ce qui se produit, à notre avis. En réalité, nous n'avons procédé à aucune recherche comparative pour déterminer si cela est vrai.

M. Chaplow: Ayant monté des services, il y a 15 ans, qui se débattaient avec tous ces problèmes de main-d'œuvre, je crois qu'il faut reconnaître que la Nouvelle-Zélande a connu une renaissance sur le plan de la langue. Le gouvernement a reconnu que pour permettre aux aborigènes de s'épanouir, il fallait qu'ils agissent par eux-mêmes, qu'ils aient eux-mêmes l'initiative.

Les services ont augmenté progressivement. Le fait qu'ils empruntent des connaissances à une autre culture est une question un peu différente. Je veux dire que l'un des aspects les plus importants des progrès réalisés est que les Maoris s'occupent eux-mêmes de leurs services et relèvent eux-mêmes les défis. Nous sommes dans une étape de transition. Il faudra augmenter le nombre de psychiatres aborigènes ou leur adjoindre d'autres. C'est l'une des réalités que nous devons affronter.

Le président: Vous dites donc que, même si vous agissez ainsi, les Maoris ont pris leur programme en main, indépendamment du personnel qui dispense les services. Ils savent que le programme leur appartient. Ce n'est pas comme s'ils l'avaient reçu de gens de l'extérieur. C'est pourtant là que nous devons commencer. Vos observations nous seront néanmoins utiles à long terme.

M. Chaplow: Nous avons parlé du modèle médical et du modèle d'intervention psychosociale. Le modèle aborigène y ajoute, aux côtés du médecin ou du psychiatre, un partenariat avec les Aînés. Je crois qu'il pourrait en être de même chez vos Autochtones. Si les Aînés et les spécialistes peuvent travailler ensemble, vous aurez de bons résultats.

Senator Cook: I am trying to get a sense of the parallel between your system and ours. I will ask my questions by trying to understand your system — that may make it easier for all of us.

New Zealand has a population of 4 million. What is the indigenous population? Do they live separately or are they integrated with the rest of the population? In this country, there are reserves and self-governance and so forth. They are also found in our cities. Are the Maori also found in urban areas? I am trying to understand where the Maori population live before I can go further with my questions.

Ms. Peretini: Our indigenous population is currently at 15 per cent of the total population. The majority of that 15 per cent live in urban settings. They have no reservations. They tend to be fairly integrated into mainstream society. The majority exist probably in one city in particular in the northern part of the island, which is mostly urban. There has been, over the last 10 years, a call for many Maori to return to their tribal lands, or which about 90 per cent are rural based. However, the call has not occurred for many because most work in the urban settings.

Senator Cook: Is the Maori population serviced completely by the 35-40 Maori psychiatrists and other professionals or is there an integrated delivery system? Do the Maori psychiatrists look after your other population, or are they separate and apart?

Ms. Peretini: They are based mostly in the mainstream services. They work across the board.

Senator Cook: Is substance abuse and addiction higher in the indigenous population of New Zealand? Does the state fund the Maori so they can pursue a medical career or do they pay for their own education?

Ms. Peretini: There are a few intervention programs that support the quota system for the Maori to get into education services. We also have scholarships. There is a form of support but the majority of funding for all peoples in this country tends to be through the individual.

Senator Cook: Does that apply to other indigenous health professionals as well?

Ms. Peretini: The Pacific Nations people have a quota system and we have funding available for nurses and other health officials.

Senator Cook: You said that you have a community-based service in the form of district health boards. Are other services included or are they primarily for mental health services? Is it a public health care service system? Are the district health boards dedicated to mental health services?

Ms. Wilson: At the moment, they are for mental health only. We have community-based centres or teams of mental health professionals that work together. It is predominantly a mental health system.

Le sénateur Cook: J'essaie de faire un parallèle entre votre système et le nôtre. Je vais poser des questions en essayant de comprendre votre système. Ce sera ainsi plus facile pour nous tous.

La Nouvelle-Zélande a une population de 4 millions d'habitants. Combien avez-vous d'aborigènes? Vivent-ils à part ou bien sont-ils intégrés dans le reste de la population? Au Canada, nous avons des réserves, nous avons l'autonomie gouvernementale, et cetera. Il y a aussi des Autochtones dans nos villes. Y a-t-il des Maoris dans les zones urbaines? J'essaie de savoir où vit la population maorie avant de poser d'autres questions.

Mme Peretini: Nos aborigènes représentent actuellement 15 p. 100 de la population totale. Ils vivent surtout en milieu urbain. Nous n'avons pas de réserves. Les aborigènes sont dans une grande mesure intégrés dans le reste de la société. La majorité vit probablement dans une ville du nord de l'île. Ces 10 dernières années, nous avons eu un mouvement préconisant le retour des Maoris dans leurs terres tribales, dont environ 90 p. 100 se trouvent dans des régions rurales. Toutefois, beaucoup n'ont pas suivi le mouvement parce qu'ils travaillent dans des agglomérations urbaines.

Le sénateur Cook: La population maorie est-elle entièrement desservie par les 35 à 40 psychiatres maoris et d'autres professionnels ou bien la prestation des soins est-elle intégrée? Les psychiatres maoris s'occupent-ils d'autres patients?

Mme Peretini: Ils travaillent surtout dans les services généraux, c'est-à-dire partout.

Le sénateur Cook: La toxicomanie est-elle plus fréquente parmi les aborigènes de la Nouvelle-Zélande? L'État finance-t-il les études des Maoris pour qu'il devienne médecins ou bien doivent-ils payer eux-mêmes leurs études?

Mme Peretini: Nous avons quelque programme d'intervention à l'appui du système des quotas pour l'éducation des Maoris. Nous avons aussi des bourses d'études. Nous offrons de l'aide, mais la plus grande part du financement pour tous les Néo-Zélandais vient des gens eux-mêmes.

Le sénateur Cook: Cela s'applique-t-il à d'autres professionnels de la santé aborigènes?

Mme Peretini: La population des îles du Pacifique a aussi un quota, et nous avons des fonds pour la formation d'infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Le sénateur Cook: Vous avez dit que vous dispensez des services communautaires par l'entremise de commissions de santé de district. Assurez-vous d'autres services ou essentiellement des services de santé mentale? S'agit-il d'un système public de soins de santé? Ou bien les commissions de district s'occupent-elles seulement de santé mentale?

Mme Wilson: Elles ne s'occupent pour le moment que de santé mentale. Nous avons des centres ou des équipes communautaires de professionnels de la santé mentale qui travaillent ensemble. C'est essentiellement un système de santé mentale.

However, Mr. Chaplow made the point that this being an evolutionary, developmental process, it looks as though, over the next 10 years, one of our challenges will be to look at how we integrate the community mental health system with the primary health system. In some parts of the country there may be a centre that would provide a combination of health services. We are moving toward that in some areas.

Senator Cordy: Ms. Wilson, you said that when you implemented your national health strategy you had two key goals. One was related to family — reducing the impact on consumers, families, and caregivers. A witness earlier today from Canada spoke to the hidden burden on the families of those who are mentally ill. That burden related to the stigma, to the frustration of dealing with the system, and to dealing with the family member who is mentally ill and who sometimes may not be as rational as one would hope.

What do you do to help the families of people who are mentally ill, given that was one of your key goals? How do you give them the support systems that they need?

Ms. Wilson: That is a good question, which I will try to answer. Others may add their comments on this. Nationally we have help to support the funding of a national family organization that has grown out of an organization called Schizophrenia Fellowship, which, as you know, is an international organization. Through that, they have built a strong support of advocacy, training material and support for families throughout the country. That was the first step.

As well, we have produced guidelines for services to use on how to allow families to and be involved in services and how they need to be involved when dealing with their family members. It is one thing to produce national guidelines, which is easy to do, but it is another thing to get people to use them; that is the challenge.

It has been a significant challenge for us over the last five or six years, partly because we have quite strong privacy legislation. The way in which mental health professionals have tended to interpret privacy legislation has often meant that families have been excluded. We have been working hard on that and I would ask Mr. Chaplow to speak to some of the ways that we have been trying to tackle that issue.

In the blueprint we have specific positions in services for family advisers. Although that has not been implemented as rapidly as we would like, services are beginning to appoint people to act as a kind of family adviser to the services about how to involve families much more and how to deal with some of the often complex privacy issues, particularly if an individual does not want family to know. That is a rather loose answer.

Mr. Chaplow: It is a very relevant issue, senator, and one that we have not cracked yet. The first complaint we hear is that families are not consulted. The second complaint we hear is that the burden of care sometimes becomes too great, particularly with deinstitutionalization. In about 2001, we amended the Mental

Toutefois, M. Chaplow a précisé que le processus est évolutif. Il semble bien qu'au cours des 10 prochaines années, nous aurons à examiner les moyens d'intégrer le système communautaire de santé mentale dans le système de santé primaire. Dans certaines régions du pays, il peut y avoir des centres qui offrent des services de santé mixtes. Nous nous orientons vers des services intégrés dans quelques régions.

Le sénateur Cordy: Madame Wilson, vous avez dit que, lorsque vous avez appliqué votre stratégie nationale sur la santé, vous aviez deux grands objectifs. L'un concernait la famille. Il s'agissait d'atténuer l'impact sur les patients, les familles et les dispensateurs de soins. Un témoin canadien nous a parlé aujourd'hui du fardeau caché que les malades mentaux constituaient pour les familles. Ce fardeau, c'est le regard de la société, les contacts exaspérants avec le système, l'accompagnement du membre de la famille qui est malade et n'est pas toujours aussi rationnel qu'on le souhaiterait.

Que faites-vous pour aider les familles des malades mentaux, puisque c'était l'un de vos objectifs principaux? Comment leur procurez-vous les systèmes de soutien dont ils ont besoin?

Mme Wilson: Excellente question. Je vais essayer de répondre. D'autres pourront ajouter leur grain de sel. Au niveau national, nous avons aidé à financer une organisation nationale de la famille qui est issue d'une organisation appelée Schizophrenia Fellowship. Comme vous le savez, il s'agit d'une organisation internationale. Grâce à cette organisation, nous avons établi un solide réseau de promotion et offert du matériel de formation et du soutien aux familles de tout notre pays. Ce fut la première étape.

En outre, nous avons élaboré des lignes directrices sur les services à utiliser pour permettre aux familles de faire face à la situation et de participer lorsqu'il s'agit de leurs membres. C'est une chose d'élaborer des lignes directrices nationales, mais c'en est une autre d'amener les gens à les appliquer. C'est là que réside la difficulté.

Depuis cinq ou six ans, c'est un lourd défi à relever, en partie parce que nous avons des lois très fermes qui protègent la vie privée. Les professionnels de la santé mentale ont eu tendance à interpréter ces lois de telle sorte qu'ils se sentent obligés d'exclure la famille. Nous avons beaucoup travaillé sur ce point. Je demanderais à M. Chaplow d'expliquer certains des moyens que nous avons pris pour nous attaquer à ce problème.

Dans notre plan directeur, nous avons prévu pour nos services des postes de conseillers familiaux. Ils n'ont pas été créés aussi rapidement que nous l'aurions souhaité, mais les services commencent à nommer des gens qui jouent un rôle de conseiller familial auprès des services et leur expliquent comment faire participer les familles beaucoup plus et comment faire face à des problèmes souvent très complexes de protection de la vie privée, surtout lorsqu'un malade refuse que sa famille soit mise au courant. Ma réponse reste assez vague.

M. Chaplow: Sénateur, la question est fort pertinente, et nous n'avons pas encore réussi à tout régler. La première plainte que nous entendons, c'est que les familles ne sont pas consultées. La deuxième, c'est que le fardeau des soins devient parfois trop lourd, notamment à cause de la désinstitutionnalisation. Aux environs

Health Act to strengthen obligatory consultation with families. The move toward that position has been slow and difficult. As you know, some families are difficult to deal with and are part of the problem rather than part of the answer. Thus, we have had to move carefully on that.

The second issue surrounding the burden of care is that sometimes there is an immediate lack of a place for a person to be placed in an institution. That becomes a criticism of the system. The provider services are working through that, again using some of the blueprint money for respite care and for other support for the family. Thus, it is not a done deal and we are working through all of those very pertinent issues.

Ms. Gaines: I wanted to let you know about our research and development stream. We are in the early stages of developing and implementing consumer outcome measures into services on a routine basis. Ms. Peretini mentioned the *Hua Oranga*, the Maori outcome measure, which specifically includes a “whanau,” or family, care perspective. Our agenda is to develop a specific care and perspective in terms of measures that will be collected as a suite of measures in the future.

Senator Cordy: You spoke about an adviser to help somebody work through the system. I will just ask you to be a little more specific in relation to children who are suffering from mental health problems. In my other life, I was an elementary school teacher. I found that sometimes parents were being pulled from all directions. They had school officials speaking with them, psychologists, hospital officials, and family friends who were trying to be helpful, but everybody was giving them conflicting advice.

Would your adviser help parents of children who are suffering from a mental illness work through the system?

Mr. Chaplow: These adviser positions are relatively new. In a sense they came about as a balance from the consumer perspective. Often, the family and the consumer form a tension there. Most of the advisers operate as advocates to support the family. They also operate as intermediaries or facilitators so that they can actually help work with the family and the team. That is exactly what happens.

Senator Cordy: I suppose we are making an assumption here that the families wish to work through the system, are we not?

Mr. Chaplow: Absolutely.

Senator Cordy: Sometimes they are part of the problem.

Mr. Chaplow: Yes.

Senator Cordy: In regard to human resources, do you have enough psychologists and psychiatrists to work through, or do you have long waiting lists as we do in Canada?

de 2001, nous avons modifié notre loi sur la santé mentale pour en raffermir les dispositions sur la consultation obligatoire des familles. Il a été long et difficile d'en arriver là. Comme vous le savez, il est difficile de traiter avec certaines familles, et elles font partie du problème plutôt que de la solution. Nous avons donc été obligés d'agir prudemment.

Le deuxième élément, à propos du fardeau des soins, c'est que, dans l'immédiat, il n'y a pas toujours de place pour un malade dans un établissement. C'est là une critique du système. Les services essaient de résoudre le problème, encore une fois en utilisant une partie de l'argent prévu pour le plan directeur, afin d'offrir à la famille un service de relève et d'autres formes de soutien. Tout n'est donc pas réglé, et nous travaillons sur toutes ces questions très pertinentes.

Mme Gaines: Je voulais vous parler de nos efforts de R et D. Nous en sommes aux premières étapes dans l'élaboration et la mise en place de mesures régulières des résultats pour le patient. Mme Peretini a parlé du *Hua Oranga*, la mesure de résultats des Maoris, qui comprend expressément un «whanau», c'est-à-dire une optique de soin, une optique familiale. Nous cherchons à élaborer une façon particulière d'aborder les soins, en ce qui concerne les mesures des résultats comme ensemble de mesures pour l'avenir.

Le sénateur Cordy: Vous avez parlé d'un conseiller qui peut aider la personne à se débrouiller dans le système. Je vous demanderais de donner un peu plus de précisions au sujet des enfants qui ont des problèmes de santé mentale. À une autre époque de ma vie, j'ai enseigné à l'élémentaire. J'ai constaté que, parfois, les parents étaient tirés dans tous les sens. Des responsables scolaires, des psychologues, des responsables des hôpitaux et des amis qui essayaient de les aider leur donnaient des conseils contradictoires.

Le conseiller dont vous parlez aide-t-il les parents dont les enfants sont atteints d'une maladie mentale à se débrouiller face au système?

M. Chaplow: Ces postes de conseiller sont relativement nouveaux. En un sens, on peut dire qu'ils sont là pour assurer un équilibre du point de vue du consommateur. Souvent, il existe une tension entre la famille et le consommateur. La plupart des conseillers agissent comme des défenseurs qui soutiennent la famille. Ils agissent aussi comme intermédiaires ou facilitateurs. Ils peuvent aider à travailler avec la famille et l'équipe. C'est exactement ce qui se passe.

Le sénateur Cordy: Je suppose que nous présumons ici que les familles veulent travailler avec le système, n'est-ce pas?

M. Chaplow: Absolument.

Le sénateur Cordy: Parfois, elles font partie du problème.

M. Chaplow: Effectivement.

Le sénateur Cordy: En ce qui concerne les ressources humaines, avez-vous assez de psychologues et de psychiatres ou avez-vous de longues listes d'attente comme nous en avons au Canada?

Mr. Chaplow: In terms of world health statistics, such as the suggestion that there should be one psychiatrist for 10,000 people per population, we only have one psychiatrist per 15,000 people here. We are short a hundred or so. That is often not the issue. The issue is how you utilize psychiatrists as part of the team. Also, psychiatrists tend to cluster near universities or schools. That is what happens. You often have an imbalance between urban and rural access to good psychiatry.

At the moment that is not a significant impediment to the successful operation of our services. We do find that our psychiatrists are competitive on a world scale — no doubt as yours are. We import psychiatrists from Canada, the U.K. and the United States. We export psychiatrists to Australia, to the U.K., and so on. About 50 per cent of our psychiatrists come back and one of our challenges is how to get them all back and to build capacity. Part of our workforce strategy is to do that.

Ms. Wilson: In respect of the workforce overall, of course we are short throughout the system. It is not just psychiatrists. We have shortages of nurses, psychologists and all the other professionals. That is why we have a major workforce initiative that includes looking at how we recruit as well as retain.

The Chairman: You talked about changing the laws so that there was obligatory consultation with families. I presume that meant obligatory consultation as long as the patient agreed. Is that right?

Mr. Chaplow: There are caveats to that amendment. It must be seen as advantageous to the patient. Quite often, if, for example, a patient is informal or not coerced into treatment, of course there cannot be any obligatory consultation without their permission.

If the patient is coerced, then strong consideration must be given as to whether to bring the family into that setting.

The Chairman: In responding to Senator Cook, Ms. Peretini made the observation that you are moving in rural areas toward a more holistic, comprehensive approach. Can you expand on what is included in that and tell us what is covered by that approach and how it is actually delivered?

Ms. Peretini: The holistic approach incorporates spirituality, involvement of family, culture, and tribal and sub-tribal identity. Those are some of the key elements. Across the board it is not just about mental health but also about the issues of unemployment, housing, education, and physical health.

The Chairman: What is the background, the training, et cetera? This is obviously a multi-person team; it is not a single individual. Could you tell me something about the make up of the team?

M. Chaplow: Dans les statistiques sur la santé dans le monde, on dit qu'il faudrait avoir un psychiatre pour 10 000 personnes. Nous n'en avons qu'un pour 15 000. Il nous en manque donc une centaine. Mais souvent, le problème n'est pas là. Le problème, c'est de savoir comment utiliser les psychiatres comme membres de l'équipe. De plus, les psychiatres ont tendance à se regrouper autour des universités ou établissements d'enseignement. Souvent, il y a déséquilibre entre la ville et la campagne, pour ce qui est de l'accès à de bons services de psychiatrie.

Pour le moment, ce n'est pas un obstacle important au bon fonctionnement de nos services. Nous constatons que nos psychiatres sont compétitifs sur le plan mondial — sans doute comme les vôtres. Nous importons des psychiatres du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis. Nous en exportons vers l'Australie, le Royaume-Uni, et cetera. Environ 50 p. 100 de nos psychiatres reviennent, et l'un des défis que nous avons à relever est de les ramener tous pour constituer une capacité solide. Notre stratégie sur la population active a fixé cet objectif, entre autres.

Mme Wilson: Dans l'ensemble de l'effectif, il va sans dire que nous sommes à court dans tout le système. Il n'y a pas que les psychiatres. Nous avons des pénuries d'infirmières, de psychologues et de toutes sortes d'autres professionnels. C'est pourquoi nous avons une initiative importante qui porte sur le recrutement et le maintien à l'effectif.

Le président: Vous avez parlé de modifications législatives rendant obligatoire la consultation des familles. Je présume que cela veut dire que la consultation est obligatoire si le patient y consent. Est-ce juste?

M. Chaplow: Cette modification est assortie de réserves. Il faut que la consultation semble avantageuse pour le patient. Très souvent, si, par exemple, une personne n'est pas un patient au sens strict ou si elle n'est pas tenue d'accepter un traitement, il ne peut y avoir une consultation obligatoire sans sa permission, bien entendu.

Si le patient fait l'objet d'une contrainte, il faut réfléchir sérieusement à la possibilité de faire intervenir la famille dans ce contexte.

Le président: En réponse au sénateur Cook, Mme Peretini a signalé que, dans les régions rurales, vous vous acheminez vers une approche plus holistique, plus englobante. Pourriez-vous expliquer plus longuement ce que cela comprend et ce qui est visé par cette approche, et comment on l'applique?

Mme Peretini: L'approche holistique intègre la spiritualité, la participation de la famille, la culture, l'identité tribale et sous-tribale. Ce sont là certains des éléments clés. Dans l'ensemble, il ne s'agit pas seulement de santé mentale. On aborde aussi les questions de chômage, de logement, d'éducation et de santé physique.

Le président: Quels sont les antécédents, la formation, et cetera? Il faut évidemment toute une équipe. Ce n'est pas l'affaire d'une seule personne. Pourriez-vous nous parler de la composition de l'équipe?

Ms. Peretini: Some providers of services are very well developed and have structures around them that incorporate both clinical and cultural staff. Some of the smaller non-government organizations have less clinical specialization and more cultural. Much of the support provided to consumers and their families is by community support workers. Part of the primary job is to ensure that their cultural-clinical coordination occurs. If it cannot occur within that service, then they coordinate to see what other services can support that family and that individual.

The Chairman: Has it been your experience — at least in the early stages — that adding this sort of holistic-cultural dimension has had a noticeable impact in terms of the delivery of service and the impact on the patient?

Ms. Peretini: We have no definitive evidence. However, anecdotal evidence in the services that many of us have seen across the board — not only in mental health — we have seen that the individual community and family involvement has increased health status significantly.

In the tribal area from which I come, with the involvement of family, the individual and the sub-tribe and the emphasis on mental health and asthma and diabetes, in particular, has been far better coordinated and more affirming when it is done sub-tribally. In my own tribal area, I have seen significant change.

The Chairman: I am sure the answer to my question will be that you have not tried it. However, if this focus on the holistic approach and the cultural background of the patient works for Aboriginals, why is it that the rest of us in society assume it would not work for us and, therefore, we never try those kinds of service delivery approaches with the ordinary white Caucasian population? Has anybody looked at that?

Ms. Peretini: Well, there are two things that I said constantly. One is, "By indigenous peoples, what is good for us will be good for all of you." When non-indigenous people say, "We are a whole person, we have a spiritual element." Being indigenous does not exclude you from any of that.

Mr. Chaplow: I actually think that this pertains very much to cultural ideation as to how the Caucasian world might separate out their lives. In looking at indigenous statistics, the issues of access, acceptability and compliance are very important in terms of outcomes. Engaging so that you increase the access, acceptability and the compliance, are largely cultural factors. Those are issues that we are trying to use to better the outcomes.

Mme Peretini: Certaines entités qui fournissent des services sont très bien développées et ont des structures intégrant des personnes qui s'occupent des aspects cliniques et culturels. Certaines petites organisations non gouvernementales se spécialisent plus du côté culturel que clinique. Une grande partie du soutien assuré aux patients et à leurs familles est le fait de travailleurs communautaires. Une partie du travail primaire consiste à assurer la coordination entre le culturel et le clinique. Si cela ne peut se faire à l'intérieur du service en cause, on assure une coordination pour voir quels autres services pourraient assurer le soutien à la famille et à la personne en cause.

Le président: D'après votre expérience, du moins aux premières étapes, l'ajout de la dimension holistique et culturelle a-t-il eu un impact notable sur la prestation des services et sur le patient?

Mme Peretini: Nous n'avons pas d'éléments de preuve très nets. Cependant, d'après des éléments observés de façon non scientifique par beaucoup d'entre nous dans l'ensemble du service, et pas uniquement en santé mentale, la participation communautaire et la participation des familles ont amélioré l'état de santé de façon marquée.

Dans la région tribale d'où je viens, avec la participation de la famille, de la personne en cause et de la sous-tribu, avec l'accent qui est mis sur la santé mentale, l'asthme et le diabète, notamment, la coordination est bien meilleure et il y a des résultats plus positifs lorsqu'on agit au niveau sous-tribal. Dans ma propre région tribale, j'ai observé des changements significatifs.

Le président: Je suis sûr que vous répondrez à ma question en disant que vous n'avez pas fait l'essai. Néanmoins, si l'accent qui est mis sur l'approche holistique et le contexte culturel du patient donne des résultats pour les aborigènes, pourquoi le reste d'entre nous, dans le reste de la société, supposons-nous que cela ne marcherait pas pour nous? Nous n'essayons jamais d'appliquer ces approches de la prestation des services auprès de la population caucasienne blanche ordinaire. Quelqu'un a-t-il étudié cette question?

Mme Peretini: Il y a deux choses que j'ai sans cesse répétées. D'abord, les peuples aborigènes disent: ce qui est bon pour nous sera bon pour vous tous. Les personnes qui ne sont pas aborigènes disent: nous sommes des personnes complètes, avec un élément spirituel. Le fait d'être aborigène ne vous exclut de rien de tout cela.

M. Chaplow: Je crois que cela tient beaucoup à une conception culturelle, à la façon dont les Caucasiens peuvent faire des distinctions dans leur vie. En étudiant les statistiques sur les aborigènes, les questions d'accès, d'acceptabilité et de conformité sont très importantes du point de vue des résultats. Un engagement qui vise à accroître l'accès, l'acceptabilité et la conformité, cela tient en grande partie à des facteurs culturels. Ce sont ces aspects que nous essayons d'utiliser pour améliorer les résultats.

The Chairman: I share Ms. Peretini's position; it probably ought to work for everybody else but the rest of us are either too scared to try it or too scared to admit that we might actually have a spiritual side. I think that is the problem.

Senator Morin: I would like to return to your mental health strategy that was released in 1998. As Senator Kirby said earlier, we do not have a national plan for mental health in Canada.

From your experience, was this blueprint worth trying? I notice that it coincided with extremely generous extra resources: You went from a budget of \$270 million to \$725 million in a short time. That is generous funding.

Do you think that a national plan like the one you have can be done without additional resources? If you think it was successful, was it a result of the resources or the plan or both?

I notice that you had seven strategic directions. Were they all implemented? Did you have a chance to evaluate this?

There is no doubt that you have had successes that we have not reached here by any means. Would you recommend this? Do people in the field refer to it? Where there yearly reports? Has this been a major element in the mental health field since 1998?

Ms. Wilson: The short answer to that is yes, it was a major element. It is referred to almost like the Bible. It is the benchmark that they apply or work toward. It does have problems because it is generally input driven, however, we are trying to move away from that in our second plan. We can talk about that later, if you like.

Was the funding important? The history of mental health care in this country was that it was a "Cinderella" of health services funding. It probably did not have adequate resources in the first place. It needed resources. Second, if you have a major reform agenda that is moving from an institutional way of treating people to a much more complex way of treating people, you actually need resources for the reform agenda itself.

There are those two elements. First, mental health care was behind the eight ball by a long way, so it needed to catch up. Second, you are totally reconfiguring the way people think about mental health and the way they deal with people with mental illness. You are changing attitudes and trying to change the way a community thinks about those people in terms of stigma and discrimination. You need resources when you have a major reform agenda like that.

Le président: Je partage le point de vue de Mme Peretini. Cette approche devrait marcher pour tout le monde, mais les non-Autochtones ont peut-être trop peur d'essayer, trop peur d'admettre qu'ils ont en eux une dimension spirituelle. Je crois que le problème réside là.

Le sénateur Morin: Je voudrais en revenir à votre stratégie de 1998 sur la santé mentale. Comme le sénateur Kirby l'a dit tout à l'heure, le Canada n'a pas de plan national en matière de santé mentale.

À la lumière de votre expérience, va-t-il la peine d'essayer ce plan directeur? Je constate qu'il a été doté de ressources supplémentaires extrêmement généreuses. En peu de temps, votre budget est passé de 270 à 725 millions de dollars. C'est là un financement généreux.

Pensez-vous qu'un plan national comme le vôtre peut s'appliquer sans ressources supplémentaires. Si vous pensez qu'il a été une réussite, est-ce que le succès est attribuable aux ressources, au plan ou aux deux?

Je remarque que vous aviez sept orientations stratégiques. Ont-elles toutes été suivies? Avez-vous eu la possibilité de faire une évaluation?

Il ne fait pas de doute que vous avez remporté des succès que nous sommes loin d'avoir obtenus chez nous. Recommanderiez-vous d'appliquer un plan semblable? Sur le terrain, est-ce qu'on s'y reporte? Y a-t-il eu des rapports annuels? Est-ce que cela a été un élément majeur dans le domaine de la santé mentale depuis 1998?

Mme Wilson: La réponse rapide est oui, c'est un élément majeur. On s'y reporte presque comme à la Bible. C'est le point de repère qu'on utilise et qu'on cherche à atteindre. Il y a des problèmes parce que l'accent est mis généralement sur les intrants, mais nous essayons de nous éloigner de cette approche dans notre deuxième plan. Nous pourrions y revenir plus tard, si vous voulez.

Le financement a-t-il été important? L'histoire des soins en santé mentale dans ce pays fait penser à Cendrillon, pour ce qui est du financement. Au départ, il n'y avait sans doute pas des ressources suffisantes. Il fallait débloquer des ressources. Deuxièmement, si on veut appliquer une importante réforme qui remplace l'institutionnalisation par une façon plus complexe de traiter les patients, il faut des ressources pour appliquer le programme de réforme en soi.

Il y a donc ces deux éléments. D'abord, les soins en santé mentale étaient très en retard. Il fallait un rattrapage. Deuxièmement, il faut reconfigurer totalement la façon de penser la santé mentale et la façon de traiter les malades mentaux. Il s'agit de changer les attitudes et d'essayer de changer la façon dont la société perçoit ces malades, les met à part et fait de la discrimination. Pour un important programme de réforme comme celui-là, il faut des ressources.

Has it been successful? We have had yearly progress reports. The Mental Health Commission must report to Parliament annually on how we are progressing. Overall, we are about 75 per cent of the way there. Some of the strategic directions are further along than others.

Most of the targets that we set in that mental health plan have been implemented. We are now at the start of formulating the second plan with some new targets.

Mr. Chaplow: I would like to add that one other issue is advocacy. The question politicians asked of the mental health sector was, "Why it is so bad, and what can we do about it?" Having a costed plan with analysis of the gap between what existed and what we needed was a very powerful advocacy tool. Our treasury saw that and said, "Well, you have a plan. You have a shape. We know the dimension of the problem. We will try to close the gap." That was very important.

The Chairman: Ms. Wilson, in your comment a moment ago you spoke about the programs that you would run to reduce discrimination. I thought the title, "Like Minds, Like Mine," was very clever.

As I understand it, for a number of years you ran what I would call an awareness-raising program. You subsequently moved beyond awareness raising into actually attempting to reduce stigma and discrimination. If you have samples of your old communications material — the material you used in the awareness-raising campaign — I would love if you would send that to us. That would give us a real feel for what it is like. Indeed, we would also appreciate some examples of the current program.

Can you give me some sense of what resources went into it? As well, how did the population as a whole react? In Canada, people are fond of saying that the mental health system is the "orphan" of the health care system, in that people pretend it is not there and certainly do not talk about it in public conversation. How effective was the program? Did you measure its effectiveness? What did it involve?

Ms. Wilson: First, it is quite important to understand at the very beginning of this initiative or program, a significant amount of base research was undertaken. There was research done on attitudes in the community and on how people might respond to such an awareness raising. That went alongside our community development approach.

This campaign is not run by mental health experts; it is run by public health experts who are experts at public health campaigns such as HIV, anti-smoking, alcohol and drug and so on. There is a significant amount of expertise from that perspective. They used a community development approach where a range of public health professionals alongside other

Est-ce que ce fut une réussite? Nous avons déjà des rapports provisoires. La Commission de la santé mentale doit chaque année faire rapport au Parlement des progrès accomplis. Globalement, nous sommes à 75 p. 100 du parcours. Dans certaines orientations stratégiques, nous sommes plus avancés que dans d'autres.

La plupart des objectifs que nous avons fixés dans le plan de santé mentale ont été atteints. Nous en sommes à formuler le deuxième plan, qui comprend de nouveaux objectifs.

M. Chaplow: Il y a une autre question à ajouter, celle de la promotion. Les hommes et femmes politiques demandaient, à propos du secteur de la santé mentale: «Pourquoi est-ce que ça va si mal? Que pouvons-nous faire?» Un plan assorti de données sur les coûts de réalisation, avec une analyse de l'écart entre ce qui existait et ce dont nous avons besoin a été un outil de promotion très puissant. Au Trésor, on a regardé tout cela et on a dit: «Vous avez un plan. Vous avez une façon d'aborder le problème. Nous allons essayer de combler l'écart.» Cette étape a été très importante.

Le président: Madame Wilson, tout à l'heure, vous avez parlé des programmes que vous appliqueriez pour atténuer la discrimination. Le titre «Like Minds, Like Mine» m'a semblé très astucieux.

Si je comprends bien, vous avez appliqué pendant un certain nombre d'années un programme de sensibilisation. Vous êtes ensuite allés au-delà de la sensibilisation pour essayer d'atténuer l'opprobre et la discrimination. Si vous avez encore des exemplaires de votre ancien matériel de communication, des documents employés au cours de la campagne de sensibilisation, je voudrais bien que vous nous les fassiez parvenir. Cela nous donnerait une idée plus concrète de ce dont il s'agit. Nous aimerions aussi avoir des exemples des documents de votre programme actuel.

Pouvez-vous me donner une idée des ressources que vous avez consacrées au programme? Comment l'ensemble de la population a-t-elle réagi? Au Canada, on aime à dire que le système de soins en santé mentale est le parent pauvre du système de santé en ce sens qu'on prétend qu'il n'existe pas et qu'on n'en parle certainement pas en public. Dans quelle mesure le programme a-t-il été efficace? En avez-vous mesuré l'efficacité? En quoi cela consistait-il?

Mme Wilson: D'abord, il est très important de comprendre que, au tout début de cette initiative ou de ce programme, des recherches de base considérables ont été entreprises. Elles ont porté sur les attitudes dans la population et sur les réactions que susciterait une campagne de sensibilisation. Cette démarche s'est déroulée parallèlement à notre approche de développement communautaire.

Cette campagne n'est pas menée par des experts en santé mentale, mais par des experts en santé publique qui s'y connaissent en campagnes sur des choses comme le VIH, le tabac, l'alcool, les drogues, et cetera. De ce point de vue, il y a des compétences considérables. On utilise l'approche du développement communautaire dans laquelle tout un ensemble

people such mental health consumers built relationships with local government and small community groups raising awareness in a different kind of way.

Then first national campaign was run and the research that followed indicated a surprising change in attitudes. There seemed to be increased understanding the common mental disorders such as depression, anxiety disorders, alcohol addiction and so on.

The campaign was based on famous New Zealanders who were willing to talk publicly about their problems with depression and anxiety disorders. I have some of the clips here. I will show you one of them. You probably have heard of the All Blacks, New Zealand's national rugby football team. One of their players was on the national campaign. Every successive bit of the program has been thoroughly evaluated with independent research that shows the ongoing change in awareness and attitudes in the community. It has been quite carefully done.

The current campaign has moved away from the famous people to ordinary people who have also suffered significant illnesses such as manic-depressive or bipolar disorder, schizophrenia and so on. It focuses on them, their families and lives.

On the amount of resources, I do not have the figures, but I can certainly get them for you. They may have a base budget of something quite small — \$2 million a year. Each campaign is funded on top of that. Everybody gave their time for free, so even the famous people who were in the advertisements did not get paid for it. They did it voluntarily. There is a significant amount of goodwill amongst New Zealanders in donating their time. Of course, it has gone alongside a media campaign — a relationship-building with organizations such as the police and other agencies and community organizations and how they deal with people with mental illness. I could send the committee a large package; that is not a problem.

The Chairman: That would be wonderful. My guess is that attitudes among young people changed far faster than attitudes among people our age. Is that right?

Ms. Wilson: I do not know off the top if that is true, although it might be true. I would have to look at the statistics.

The Chairman: For example, there have been a number of polls on same-sex marriage, which is a big issue in this country. The polls show that of those who are under 35, two-thirds to 70 per cent say there is nothing wrong with it; and among those who are over 65, two-thirds to 70 per cent say it is a terrible idea. It just seems that changing basic attitudes is easier when you are young and fresh rather than when you are old and crotchety like we are. I was curious if that applied there, too.

de professionnels de la santé publique et d'autres personnes, comme des consommateurs de soins en santé mentale, établissent des relations avec l'administration locale et des petits groupes communautaires pour assurer la sensibilisation d'une manière différente.

La première campagne nationale a eu lieu, et les recherches qui ont suivi ont révélé une évolution étonnante de l'attitude. On semblait mieux comprendre les troubles mentaux courants comme la dépression, les troubles anxieux, l'alcoolisme, et cetera.

La campagne faisait appel à des Néo-Zélandais très connus qui étaient disposés à parler publiquement de leurs problèmes de dépression et de troubles anxieux. J'ai ici quelques clips. Je vais vous en montrer un. Vous avez probablement entendu parler des All Blacks, l'équipe nationale de rugby de la Nouvelle-Zélande. L'un de ses joueurs a participé à la campagne nationale. Chaque élément du programme a fait l'objet d'une évaluation approfondie, avec des recherches indépendantes qui montrent les changements dans la sensibilisation et les attitudes de la collectivité. Cela a été fait avec beaucoup de soins.

La campagne actuellement en cours a laissé tomber les personnalités connues pour faire appel à des gens ordinaires qui ont été atteints de maladies assez graves, comme la manie-dépression ou le trouble bipolaire, la schizophrénie, et cetera. L'accent est mis sur ces personnes, leur famille, leur vie.

Quant à l'ampleur des ressources, je n'ai pas les chiffres, mais je pourrais certainement vous les communiquer. Ils peuvent avoir un budget de base assez modeste, comme 2 millions de dollars par année. Chaque campagne reçoit un financement supplémentaire. Tous ont donné leur temps gratuitement. Les personnalités connues qui ont participé aux annonces l'ont fait gratuitement, volontairement. Chez les Néo-Zélandais, il y a beaucoup de bonne volonté, lorsqu'il s'agit de donner de son temps. Bien entendu, il y a eu parallèlement une campagne dans les médias — on a établi des relations avec des organisations comme la police et d'autres services et des organismes communautaires au sujet de leur façon d'aborder les malades mentaux. Je pourrais faire parvenir au comité une volumineuse documentation. Ce n'est pas un problème.

Le président: Ce serait magnifique. Je suppose que les attitudes ont changé plus rapidement chez les jeunes que chez les personnes de notre âge. Ai-je raison?

Mme Wilson: D'emblée, je ne pourrais pas dire si c'est vrai ou non. Vous avez peut-être raison. Il faudrait que je voie les statistiques.

Le président: Par exemple, il y a eu un certain nombre de sondages sur le mariage entre conjoints de même sexe, ce qui est la question de l'heure, au Canada. Les sondages montrent que chez les personnes de moins de 35 ans, entre les deux tiers et 70 p. 100 n'ont rien contre. Chez les 65 ans et plus, entre les deux tiers et 70 p. 100 disent que c'est une idée atroce. Il semble qu'il soit plus facile de modifier les attitudes fondamentales lorsqu'on est jeune et tout neuf que lorsqu'on est vieux et grincheux comme nous les sommes. Je me demandais si c'était la même chose chez vous.

Senator Cordy: I am still amazed at how you managed to convince everyone to buy into spending the amount of money for the plan, which is a wonderful idea. Did it just snowball? You had leaders that came from the medical sector, from the community and from the patient base. How did it begin? Did it start slowly and gradually build up? What was the momentum? Was there a turning point when you said, “We’ve got it!”?

Ms. Wilson: People may have different perspectives — and this may seem cynical — but the truth is we had a series of critical events in which an identified person, or people, with mental illness committed homicide. New Zealand is small and everybody knows everybody else, more or less. These things are painful, difficult and tragic, and there is often a significant amount of adverse publicity around them.

I do not think that we have more such incidents than any other country, to be honest, but it is just the nature of New Zealand and that we have a totally public-funded national health service. It becomes a political issue. Although we had the strategy and some funding to implement it, the general sector and the community were not happy. This resulted in a lengthy inquiry that lasted over one year. The inquiry talked to people across the country and internationally — just as you are doing. It resulted in a number of recommendations, including the one for a significant increase in resources and the development of this blueprint to analyze more accurately the kind of resources required. I must say that the politicians of the day basically bit the bullet and decided to go ahead with it.

Is my perspective right?

Mr. Chaplow: That is pretty much right, yes.

Ms. Wilson: Does that answer your question?

Senator Cordy: It does, thank you.

When you spoke to the issue of deinstitutionalization, I found it interesting to learn that you retained the same number of hospital beds, despite the fact that people were going into the community for services, but their disbursement was reconfigured. I was not sure what you meant. Were you referring to group homes where people would live in a home situation together? Could you clarify that?

In Canada, we have lost hospital beds because of deinstitutionalization but that money is not necessarily going to the community, which was the plan when this happened. How does that work?

Mr. Chaplow: It often depends on how you count things. One of the characteristics of the asylum — or the big bin — was that all of the beds were together. The advantage to that was capacity and flexibility. We took out the various streams. For example, we felt that it would be far better for the acute beds to go on hospital

Le sénateur Cordy: Je suis toujours étonné de la façon dont vous avez pu convaincre tout le monde de consacrer autant d’argent au plan, qui est une excellente idée. Est-ce qu’il y a eu un effet boule de neige? Vous avez eu des chefs de file qui sont venus du milieu médical, du niveau communautaire et des patients. Comment cela a-t-il commencé? Le mouvement a-t-il commencé lentement pour s’amplifier par la suite? Est-ce ainsi que les appuis sont venus? Y a-t-il eu un point tournant où vous avez pu vous dire que c’était gagné?

Mme Wilson: Les gens peuvent avoir des points de vue différents — et cela peut sembler cynique — mais la vérité, c’est que nous avons eu une série d’incidents graves. Une certaine personne atteinte d’une maladie mentale a commis un homicide. La Nouvelle-Zélande est un petit pays et tout le monde se connaît, plus ou moins. Ces incidents sont douloureux, difficiles et tragiques et ils sont souvent entourés d’une certaine publicité négative.

Pour être honnête, je ne crois pas que nous ayons plus d’incidents semblables que n’importe quel autre pays. C’est simplement que la Nouvelle-Zélande est ainsi faite. Et nous avons un service de santé publique qui est entièrement financé par l’État. L’affaire prend une dimension politique. Nous avons une stratégie et des ressources pour l’appliquer, mais le secteur en général et la collectivité n’étaient pas satisfaits. Il y a donc eu une longue enquête qui a duré plus d’un an. Pour mener l’enquête, on a consulté des gens un peu partout en Nouvelle-Zélande et à l’étranger, exactement comme vous le faites. L’enquête a accouché d’un certain nombre de recommandations, dont celle prévoyant une augmentation marquée des ressources et l’élaboration de ce plan directeur visant à analyser avec plus de précision la nature des ressources nécessaires. Je dois dire que les hommes et femmes politiques de l’époque ont serré les dents et sont allés de l’avant.

Ma façon d’aborder la question est-elle la bonne?

M. Chaplow: Oui, c’est passablement juste.

Mme Wilson: Cela répond-il à votre question?

Le sénateur Cordy: Oui, je vous remercie.

Quand vous avez parlé de désinstitutionnalisation, j’ai trouvé intéressant d’apprendre que vous aviez gardé le même nombre de lits dans les hôpitaux, même si les patients recevaient les services dans la collectivité, mais il y a eu reconfiguration. Je ne vois pas très bien ce que vous vouliez dire. S’agissait-il de foyers collectifs où les patients vivaient ensemble comme dans une maison ordinaire? Pourriez-vous préciser?

Au Canada, nous avons perdu des lits dans les hôpitaux, mais cet argent ne va pas nécessairement dans la collectivité, ce qui était pourtant prévu au départ. Comment cela fonctionne-t-il?

M. Chaplow: Cela dépend souvent de la façon de compter. L’une des caractéristiques de l’asile, du grand établissement, c’était que tous les lits se trouvaient au même endroit. L’avantage, c’était la capacité et la souplesse. Nous avons séparé les divers types de soins. Par exemple, il nous a semblé bien préférable

campuses where diagnoses can be made. By and large, the forensic services should be in their own stream — likewise for the elderly and children and so forth.

When we counted up the beds in the various streams, we had not lost the number of beds. We have had to build the capacity in the community. For example, how much support does a person need to be in the community? Do we have respite care available? A person might not need to go to hospital but we need to relieve the family or the caregivers for a number of days, and so on. These are the kinds of things.

Senator Cordy: Did the money for community housing come out of the health budget? Was there bickering between various government departments as to who would be responsible for housing? Are all government departments working together?

Ms. Wilson: That is a good question. In the early 1990s — almost at the same time as the first mental health strategy was being formed — there was a government policy to move funding that had been in Vote Social Welfare for supporting people with disability, in their own homes and in group homes to Vote Health. Part of our increased funding around 1992-93 was a transfer of Vote from Social Welfare to Vote Health. That meant that we picked up most of the funding for the support of people.

We then had different levels — levels 4 and 3, which are more intensive support, received higher levels of per capita funding; level 1 has a lower level of support. We do have group homes of perhaps four or five people. There has been a move toward much smaller, home-like bases that we all experience. There has also been a move, since then, for people to be in their own homes with whomever they wish — alone or with their friends or family. That has been a more recent move.

How do you get a house? Actually, the funding for the house has stayed with Housing New Zealand, the government department responsible for housing. It has been that department's responsibility to find the house. The support required to maintain the house comes out of vote health at this time.

Mr. Chaplow: May I say that it is not all sweetness and light in New Zealand. One or two councils have tried to pass by-laws preventing this from happening. By and large, they have not been successful but it does amount to a rearguard action by people who do not want these people in their communities.

The second thing is that there has been queuing for housing. We have been trying to get preferential treatment for the mental health patients coming back into the community. That has been a struggle sometimes. Sometimes it has been fine, and sometimes it has been a struggle in some areas.

d'avoir les lits pour soins actifs dans les hôpitaux universitaires, où on peut faire des diagnostics. Dans l'ensemble, les services de psychiatrie légale doivent être à part. Même chose pour les personnes âgées et les enfants, et cetera.

Lorsque nous avons fait le décompte des lits des divers types de services, nous avons constaté que nous n'avions rien perdu. Nous avons dû mettre en place une capacité de service dans la collectivité. Par exemple, de quel soutien une personne a-t-elle besoin dans la collectivité? Avons-nous des services de relève. Un patient n'a peut-être pas à être hospitalisé, mais nous devons donner quelques jours de répit à sa famille ou à ceux qui s'occupent de lui. Ce genre de chose.

Le sénateur Cordy: L'argent nécessaire pour le logement communautaire est-il venu du budget de la santé? Y a-t-il eu des querelles entre les différents ministères au sujet de la responsabilité du logement? Tous les ministères travaillent-ils de concert?

Mme Wilson: Excellente question. Au début des années 90 à peu près au moment de l'élaboration de la première stratégie sur la santé mentale —, il y a eu une politique gouvernementale qui a fait passer au crédit de la santé le financement qui était prévu dans le crédit des affaires sociales pour aider les personnes handicapées qui habitent dans leur propre logement ou dans des foyers collectifs. Cela veut dire que nous avons hérité de la majeure partie des ressources utilisées pour assurer un soutien aux patients.

Nous avons défini des niveaux différents. Les niveaux 4 et 3 correspondaient à un soutien plus intensif. Ils ont donc reçu un financement par personne plus élevé. Pour le niveau 1, le soutien était moins considérable. Nous avons des foyers collectifs prévus pour quatre ou cinq personnes. Nous avons évolué vers des établissements plus petits, semblables à des maisons comme nous les connaissons tous. Depuis lors, nous avons eu tendance à placer les gens dans leur propre chez-soi, seuls ou avec qui ils veulent, des amis ou des membres de leur famille. C'est là une évolution plus récente.

Comment on obtient une maison? En réalité, le financement des logements relève toujours de Housing New Zealand, le ministère chargé du logement. Il incombe toujours au ministère de trouver un logement. En ce moment, le soutien pour entretenir le logement vient du crédit de la santé.

M. Chaplow: Puis-je ajouter que tout ne se passe pas toujours de façon agréable et sans difficultés, en Nouvelle-Zélande. Un ou deux conseils ont essayé de prendre des règlements pour empêcher cette évolution. Généralement, ils n'ont pas réussi, mais cela équivalait à une lutte d'arrière-garde de la part de ceux qui ne veulent pas voir ces malades dans leur collectivité.

Le deuxième problème, c'est l'attente pour obtenir un logement. Nous avons essayé d'obtenir un traitement préférentiel pour les patients ayant des troubles mentaux qui réintègrent la collectivité. Il a fallu parfois lutter. Parfois, tout s'est passé à merveille, mais, à d'autres moments, il y a eu des luttes dans certains secteurs.

Senator Cordy: Thank you very much. That has been helpful. We also have what we call the NIMBY, or the not-in-my-backyard syndrome. It is not as common as it used to be, thank goodness.

The Chairman: I should like to close by asking you to make some general comments on the way you are developing your new blueprint — you put out the issues paper last month seeking comment. Can you tell us what the timetable is for actually producing the blueprint? I ask partly because Senator Morin just whispered, “Are we ever behind where they are.” That is certainly true.

To the extent that we can learn and plagiarize from what you are going to do in your next draft of the blueprint, it would be helpful to us. Can you tell us a little bit about the kind of timetable and where you see that process heading and when?

Ms. Wilson: Before I do, I think it is important that you are clear that we have had a strategy and a plan. The first one was called “Looking Forward” and the plan was called “Moving Forward.” The blueprint, which came in 1998, was produced by the Mental Health Commission rather than government itself, although government has since adopted it as policy. We are currently preparing the second national plan, and we do not know whether there will be a redraft of the blueprint or not. That will have to follow the second plan.

We are about to go to cabinet on a draft plan, which will then go out for wide consultation in the community. Our timeline for this plan is really the rest of this year. We hope to have our second plan finalized and accepted by government by November-December.

It is not a zero base, so we will try to carry on from where we are. Continuing implementation of the blueprint is still very much a part of the plan. We still have a major focus on the Maori, our indigenous people. We have a major focus on workforce development, infrastructure development, and information development, and developing a performance management system so we can see if we are doing what we are supposed to be doing. Is this working? Is the investment worthwhile? We have a major strategic direction on mental health in the primary health care sector, prevention and promotion and, lastly, social inclusion.

We will be tackling those social exclusion issues relating to why people with mental illness face barriers to reintegrating into communities and society. We will also examine what effects they experience in terms of their income, employment and education opportunities because of their mental illness. Finally, we are bringing addiction into the plan more formally.

The Chairman: We are delighted on that last piece, because we have included addiction in our terms of reference.

Le sénateur Cordy: Merci beaucoup. Ces renseignements sont très utiles. Nous avons aussi chez nous le syndrome «d'accord, mais pas dans ma cour». Ce n'est pas aussi courant que par le passé, Dieu merci.

Le président: Je voudrais terminer en vous demandant de faire des observations générales sur la façon dont vous élaborez en ce moment votre deuxième plan directeur. Vous avez publié un document sur les enjeux le mois dernier pour demander des commentaires. Quel est le calendrier que vous voulez respecter pour produire le plan directeur? Je pose la question en partie parce que le sénateur Morin vient de me murmurer: sommes-nous toujours en retard sur eux? C'est tout à fait vrai.

Dans la mesure où nous pouvons tirer des enseignements de ce que vous faites et plagier la prochaine version de votre plan directeur, cela nous serait utile. Pourriez-vous nous dire un mot de votre calendrier, de l'orientation de la démarche et des repères dans le temps?

Mme Wilson: Au préalable, il me semble important que vous compreniez clairement que nous avons eu une stratégie et un plan. La première s'appelait «Looking Forward» et le plan «Moving Forward». Le plan directeur, qui a été publié en 1998, a été l'œuvre de la Commission de la santé mentale plutôt que du gouvernement, bien que le gouvernement en ait ensuite fait sa politique. Nous sommes en train d'élaborer le deuxième plan national, et nous ignorons s'il y aura une nouvelle version du plan directeur ou non. Cela viendra après le second plan.

Nous sommes sur le point de présenter une version provisoire au Cabinet. Il y aura ensuite de vastes consultations publiques. Nous espérons que notre deuxième plan sera terminé et accepté par le gouvernement d'ici novembre ou décembre.

Nous ne partons pas de zéro. Nous essayons de repartir de là où nous en sommes. La poursuite de l'application du plan directeur fait toujours partie du plan. Nous insistons encore beaucoup sur les Maoris, notre peuple aborigène. Nous insistons également sur le perfectionnement de la main-d'œuvre, le développement de l'infrastructure et de l'information, l'élaboration d'un système de gestion du rendement pour savoir si nous faisons ce que nous sommes censés faire, si le système fonctionne, si l'investissement en vaut la peine. Nous avons une importante orientation stratégique en santé mentale dans le secteur des soins de santé primaire, la prévention et la promotion et, enfin, l'intégration sociale.

Nous allons nous attaquer aux problèmes d'exclusion sociale qui ont pour conséquence que les malades mentaux ont du mal à s'intégrer dans les collectivités et la société en général. Nous examinerons aussi les conséquences de leur maladie mentale sur leur revenu, leur emploi et leurs possibilités de faire des études. Enfin, nous allons intégrer de façon plus officielle la toxicomanie dans le plan.

Le président: Nous sommes enchantés de ce dernier élément, car nous avons également englobé la toxicomanie dans notre mandat.

When you send the draft plan out for what you call wide consultation, does that make it a public document? If so, could you send us a copy? I assume, like us, wide consultation by definition means it might as well be a public document because someone will leak it anyway.

Ms. Wilson: The media will have it. You might as well have it.

The Chairman: If you could send us one, we would appreciate that. It would be great.

Senator Cook: I walked myself through your blueprint beginning in 1998, and I am at April 2004. Of particular interest to me is the bullet that says: "A new, non-clinical workforce has emerged, primarily in the NGOs, with nationally agreed minimum standards of training." Would you share what you mean by "nationally agreed minimum standards of training?"

Ms. Wilson: We have an organization here called the National Qualifications Framework. This organization sets all qualifications that are below degree level at universities. This includes certificates and diplomas. We have a certificate in community mental health support work, which has now trained about 2,000 new workers.

We have a new workforce, called community mental health support workers, that has been training over the last five years probably. They work predominantly in the NGO sector but they also work in the public mainstream sector. They are trained to support patients or consumers with mental illness, either in their homes or in formal residential settings in the community, or to help them work through the system. They would be the person who would go with them to the income support agency, to the employment agency, to help them battle the societal barriers.

Does that make sense?

Senator Cook: It does. I am particularly interested in it because in an ad hoc fashion here in Canada — especially where I live — that is happening, but not in an organized manner. There are no standards for training or the delivery of the service. It is out of the caring and goodness of people's hearts that they provide a service when they see a gap. I am particularly interested in how you have managed and achieved those national standards.

Thank you.

The Chairman: Ms. Wilson, may I say on behalf of my colleagues how much we appreciate you and your colleagues taking the time to be with us today. It has been very helpful. It is almost embarrassing to realize how far behind we are. On the other hand, it generates a huge degree of optimism in the sense that it has been possible to make progress over the decade that you have been at it. It would be a huge step forward if we can begin to launch a similar process here next year.

Lorsque vous diffusez le plan provisoire pour ce que vous appelez de vastes consultations, cela en fait-il un document public? Si oui, pourriez-vous nous en envoyer un exemplaire? Je présume que, comme chez nous, les vastes consultations, par définition, veulent dire que ce peut être un document public, puisqu'il y aura des fuites de toute façon.

Mme Wilson: Les médias le recevront. Aussi bien que vous l'avez aussi.

Le président: Si vous pouviez nous l'envoyer, nous vous en serions reconnaissants. Ce serait magnifique.

Le sénateur Cook: J'ai parcouru votre plan directeur qui commence en 1998, et j'en suis rendu à avril 2004. J'ai trouvé particulièrement intéressant le passage qui dit: «Un nouvel effectif non clinique est apparu, surtout dans les ONG, avec des normes de formation minimums acceptées au niveau national». Pourriez-vous expliquer ce que vous entendez par «normes de formation minimums acceptées au niveau national»?

Mme Wilson: Nous avons une organisation, le National Qualifications Framework, qui définit toutes les compétences qui se situent à un niveau inférieur à celui des universités. Cela comprend les certificats et les diplômes. Nous avons un certificat pour le travail de soutien communautaire en santé mentale. Environ 2 000 nouveaux travailleurs ont reçu cette formation.

Nous avons un nouveau groupe de travailleurs, les travailleurs du soutien communautaire en santé mentale, qui reçoivent une formation depuis probablement cinq ans. Ils travaillent surtout dans le secteur des ONG, mais ils travaillent aussi dans le secteur public principal. Ils reçoivent une formation pour aider les patients ou consommateurs qui ont des troubles mentaux, que ce soit à domicile ou dans des unités résidentielles communautaires, ou pour les aider à se débrouiller avec le système. Ils peuvent par exemple les accompagner au service du soutien du revenu, au service de l'emploi, pour les aider à surmonter les obstacles sociaux.

Cela vous semble logique?

Le sénateur Cook: Bien sûr. Je m'intéresse particulièrement à la question parce que, au Canada, et surtout là où j'habite, ce genre de chose se fait de façon occasionnelle, mais pas de façon organisée. Il n'y a pas de normes de formation et de prestation des services. C'est par compassion et bonté que les gens rendent service lorsqu'ils s'aperçoivent qu'il y a une lacune. Je suis particulièrement intéressée par la façon dont vous avez géré ce dossier et êtes parvenus à ces normes nationales.

Merci.

Le président: Madame Wilson, au nom de mes collègues, je tiens à vous dire à quel point nous vous sommes reconnaissants d'avoir bien voulu prendre le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui. Vous nous avez été très utiles. Il est presque embarrassant de constater à quel point nous tirons de l'arrière. Par ailleurs, votre témoignage suscite énormément d'optimisme, en ce sens que vous avez accompli de grands progrès en seulement dix ans. Ce serait un grand progrès pour nous d'arriver à lancer un processus semblable chez nous l'an prochain.

Thank you all for your help. I look forward to receiving your information packages. Inevitably, there may be additional questions, so we unilaterally reserve the right to bug you again and to try to get additional information as it comes to us.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, May 6, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:00 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: I believe we have a quorum. We shall get started on our continuing study on issues arising from and develop during our health care study. As everyone knows, we are authorized by the Senate of Canada to examine issues concerning mental health and mental illness.

This morning we have a witness by video conferencing, Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, in the United Kingdom. In half an hour, her colleague, Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch, will join her.

Welcome, Ms. Richardson. Thank you very much for giving us your time today on this very important issue that I hope we can raise to a new level of awareness in this country. We are looking forward to hearing what you have done in the United Kingdom to advance this important health issue.

If you would proceed with your statement and then my colleagues will have questions for you.

Ms. Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, Government of the United Kingdom: I will give you an overarching summary of where I think we are on mental health reform in England. It has been a very significant period of change for us, really since the government changed in 1997. I will set out some of the highlights of the progress that we have made with mental health reform since that time. I am sure you will want to pick up on questions about particular details as we go through.

When the Labour government came into office in this country in 1997, it made mental health a priority for reform. In 1998, we published a white paper called "Modernizing Mental Health Services," which set out an agenda for probably the most radical

Merci de toute votre aide. J'ai hâte de recevoir la documentation que vous nous avez proposée. Inévitablement, d'autres questions surgiront. Nous nous réservons donc unilatéralement le droit de vous ennuyer de nouveau pour essayer d'obtenir un complément d'information, lorsque la documentation nous parviendra.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 6 mai 2004

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Majory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Je crois que nous avons le quorum. Nous poursuivons notre étude sur les questions qu'a suscitées le dépôt de notre rapport final sur le système de soins de santé. Comme tout le monde le sait, le Sénat du Canada nous a autorisés à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Ce matin, nous entendrons, par vidéoconférence, Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale du ministère de la Santé du Royaume-Uni. Dans une demi-heure, son collègue, Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de santé mentale se joindra à elle.

Bienvenue, madame Richardson. Je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps aujourd'hui de nous renseigner sur cette question très importante à laquelle, je l'espère, nous pouvons mieux sensibiliser la population de notre pays. Nous avons hâte d'entendre les mesures que vous avez prises au Royaume-Uni pour promouvoir cet aspect important de la santé.

Je vous demanderais de bien vouloir présenter votre déclaration, après quoi mes collègues auront des questions à vous poser.

Mme Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé, gouvernement du Royaume-Uni: Je vais vous présenter une vue d'ensemble de la situation de la réforme de la santé mentale en Angleterre. Depuis le changement de gouvernement en 1997, nous avons traversé une période de changement très importante. Je vous indiquerai les principaux progrès que nous avons réalisés dans le cadre de la réforme de la santé mentale depuis. Je suis sûre que vous voudrez poser des questions sur certains détails au fur et à mesure de ma présentation.

Lorsque le gouvernement travailliste a pris le pouvoir dans ce pays en 1997, il a fait de la santé mentale une priorité pour la réforme. En 1998, nous avons publié un Livre blanc intitulé «Modernizing Mental Health Services», qui établissait le

reform since the 1960s, when it became clear that it was appropriate to think about closing the large traditional Victorian psychiatric hospitals.

We made a start with our white paper, which set out three components of reform. First, there was modernization of the legislation. Second, there were changes to the investment in mental health services and the development of new models of care. Third, there was reform of “care processes,” or the means by which mental health care is delivered.

That white paper was followed in 1999 by the publication of the National Service Framework for Mental Health. Since that time we have published a series of national service frameworks on various issues such as coronary heart disease and cancer. We are about to publish one on children’s and women’s services. However, the one on mental health was the first.

The national service framework contains seven standards for improvements in services. Standard one is concerned with mental health promotion — that is all the action that is needed to help us take action against the stigma that there is surrounding mental ill health and the risks, to reduce risks of people developing mental ill health. Standards two and three were about mental health in primary care, which addressed the action that was needed to improve access to services by people with so-called common mental disorders.

Standards four and five were about people with severe mental ill health — the relatively small proportion of the total group of people with mental health problems — who nonetheless carry the biggest risk in relation to death by suicide and other causes, and who also carry the highest levels of morbidity. I am thinking of people with a diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder or very severe depression.

Standard six concerned the action that was needed to improve services and supports for caregivers. Standard seven focused on all that we needed to do across the spectrum of mental health and social care services to reduce the risk of death by suicide.

Those seven standards were broadly evidence based. We wrote the national service framework on the basis of advice from an external reference group. We established a group of stakeholders and players in the mental health service picture and we asked that external reference group, which was chaired for us by a leading psychiatrist in England, to give us advice about the things that would really make the most difference for service users and caregivers and that would make the most difference to the quality of care provided.

programme de ce qui était probablement la réforme la plus radicale apportée depuis les années 60, lorsqu’il est devenu clair qu’il fallait songer à fermer les grands hôpitaux psychiatriques traditionnels remontant à l’ère victorienne.

Nous avons commencé par le Livre blanc qui a énoncé trois éléments de réforme. Le premier était la modernisation des lois. Le deuxième consistait en changements à l’investissement dans les services de santé mentale et à la mise au point de nouveaux modèles de soins. Le troisième élément portait sur la réforme des procédés de soins, c’est-à-dire les moyens par lesquels on assure des soins en santé mentale.

En 1999, ce Livre blanc a été suivi de la publication d’un document sur le cadre du service national pour la santé mentale, le «National Service Framework for Mental Health». Depuis, nous avons publié une série de cadres du service national comme l’insuffisance coronaire et le cancer. Nous sommes sur le point d’en publier un sur les services aux enfants et aux femmes. Cependant, celui sur la santé mentale a été le premier.

Le cadre du service national prévoit cette norme pour l’amélioration des services. La première concerne la promotion de la santé mentale — c’est-à-dire toutes les mesures nécessaires pour vous aider à lutter contre les préjugés qui entourent la maladie mentale et réduire les risques que les personnes développent une maladie mentale. Les normes deux et trois portaient sur la santé mentale et les soins primaires, afin de prendre les mesures nécessaires pour améliorer l’accès aux services par des personnes atteintes de ce qu’on appelle des troubles mentaux courants.

Les normes quatre et cinq concernent les personnes ayant une grave maladie mentale — la proportion relativement faible du groupe total de personnes ayant des problèmes de santé mentale — qui néanmoins présentent le plus de risques de décès par suicide et autres causes, et qui présentent aussi les taux les plus élevés de morbidité. Je songe entre autres aux personnes diagnostiquées schizophrènes, bipolaires ou très gravement déprimées.

La norme six portait sur les mesures nécessaires pour améliorer les services et les mécanismes de soutien à l’intention des personnes qui prodiguent des soins. La norme sept mettait l’accent sur toutes les mesures nécessaires dans l’ensemble du réseau des soins de santé et des services sociaux pour réduire le risque de suicide.

Ces sept normes étaient essentiellement fondées sur des preuves. Nous avons rédigé le cadre du service national en fonction de conseils provenant d’un groupe de référence externe. Nous avons mis sur pied un groupe d’intervenants et de participants du secteur de la santé mentale et nous avons demandé à ce groupe de référence externe, présidé pour nous par un psychiatre de renom en Angleterre, de nous donner des conseils à propos des mesures qui seraient les plus utiles pour les utilisateurs de services et le personnel soignant et qui amélioreraient le plus la qualité des soins fournis.

Many of you will be familiar with the national service frameworks that have been published in Australia. We visited Australia in 1998 and that visit helped us enormously in the thinking that we did about what our national service framework should look like.

In 2000, a year after we published the National Service Framework for Mental Health, we published something called the National Health Services, NHS, plan. While it covered the spectrum of health and social care services, it did contain a specific section on mental health and it was backed by a promise of additional investment of over £300 million extra over and above baseline in order to “fast-forward” the mental health national service framework. In 2002, we published a document entitled, “Priorities and Planning Guidance,” which set out local targets for services on which to spend that extra money.

I should like to say something about how our health care and social care system is structured in England. In 2001, we undertook to reorganize the National Health Service. This is an important point for you to understand, because it meant that as local services were examining what they needed to do to implement the national service framework, they were also facing major service reorganization at the same time.

Since 2001, we have had three tiers in the National Health Service. I will start at the Department of Health, which is now a relatively small, relatively strategic department, staffed by civil servants, people like myself. I have a professional background, as do people in the civil service. I am a psychologist by training. The Department of Health exists to develop policy as well as the systems and structures needed to deliver services. However, it does not actually implement that change directly. We support ministers; we develop the policy; and we develop and support the systems needed. I am speaking now just about England. We have 28 strategic health authorities, SHAs, that are responsible for managing the performance of local services. They vary in size from 20 to 30 staff per location. They are responsible for as many as 30 Primary Care Trusts, which I will speak to in a minute. They help local services to design a plan to meet national service framework targets for their population.

The next tier is Primary Care Trusts, PCTs, of which there are 302 across England. Again, like the SHAs, they vary in size and some are urban and some are rural. The average population size for each PCT is approximately 100,000. They are responsible for commissioning services for their population. They have the job of looking at national standards and targets, balancing those against the needs of their local population and interpreting national standards for their local population. As you can see, there will be quite a difference between an inner urban area and a more rural area, where the population is thinly spread.

Un grand nombre d'entre vous sont au courant des cadres du service national qui ont été publiés en Australie. Nous sommes allés en Australie en 1998 et cette visite nous a énormément aidés à planifier notre propre cadre du service national.

En 2000, un an après avoir publié le cadre de service national pour la santé mentale, nous avons publié le plan du service national de santé. Ce plan traitait de toute la gamme des services de santé et des services sociaux et comportait une partie consacrée à la santé mentale et pour laquelle on promettait un investissement supplémentaire de plus de 300 millions de livres en sus du montant de base afin d'accélérer la mise en oeuvre du cadre du service national pour la santé mentale. En 2002, nous avons publié un document intitulé «Priorities and Planning Guidance», qui établissait les objectifs locaux des services auxquels seraient consacrés ces fonds supplémentaires.

J'aimerais vous parler de la façon dont notre système de soins de santé et de services sociaux est structuré en Angleterre. En 2001, nous avons entrepris la réorganisation du Service national de santé. C'est un aspect dont il est important de tenir compte parce que cela signifie que pendant que les services locaux étaient en train d'examiner les mesures à prendre pour mettre en oeuvre le service national de santé, ils devaient aussi composer simultanément avec une importante réorganisation du service.

Depuis 2001, le Service national de santé comporte trois paliers. Il y a d'abord le ministère de la Santé, qui est désormais un ministère relativement petit et stratégique doté de fonctionnaires comme moi-même. J'ai des antécédents professionnels, tout comme les membres de la fonction publique. Je suis psychologue de formation. Le rôle du ministère de la Santé est d'élaborer des politiques ainsi que les systèmes et les structures nécessaires pour assurer les services. Cependant, il ne s'occupe pas directement de la mise en oeuvre de ce changement. Nous appuyons les ministres; nous élaborons les politiques; et nous développons et appuyons les systèmes nécessaires. Je ne parle pas uniquement de l'Angleterre. Nous avons 28 administrations stratégiques de la santé qui sont chargées d'administrer le rendement des services locaux. Leur effectif varie d'un endroit à l'autre et se compose d'une vingtaine à une trentaine d'employés. Elles sont responsables de jusqu'à 30 groupes de soins primaires, dont je parlerai dans un instant. Elles aident les services locaux à concevoir un plan destiné à les aider à répondre aux objectifs du cadre du service national établis pour leur population.

Le palier suivant est celui des groupes de soins primaires. Il y en a 302 dans l'ensemble de l'Angleterre. Tout comme les administrations stratégiques de la santé, leur taille varie et certains sont situés en milieu urbain et d'autres en milieu rural. Chaque groupe de soins primaires dessert en moyenne une population d'environ 100 000 personnes. Ils sont responsables de commander les services pour leur population. Leur travail consiste à interpréter les normes et les objectifs nationaux en fonction des besoins de leur population locale. Comme vous pouvez le constater, il y aura une importante différence entre une région urbaine et une région rurale, où la population est dispersée.

I will speak briefly to our national service framework and our priorities and planning framework targets, of which there is a large number. In the priorities and planning framework, the overarching objectives were: to improve health and social care outcomes for everyone; to improve life outcomes of adults and children with mental health problems through year-on-year improvements to access in crisis and child and adolescent mental health services; and to reduce mortality rate from suicide and undetermined injury by at least 20 per cent by 2010. We have a broad target that reaches across all of the local targets to reduce the rate of death from suicide and increase access for people in crisis.

Beneath that overarching target we have a number of capacity assumptions and, in particular, local targets: 335 crisis resolution teams by December 2004; 50 additional assertive outreach teams to make 220, due at the end of last year; 50 new early intervention teams for people developing the early signs of a psychosis, because we know that young people are vulnerable to death by suicide. In England, death by suicide is the commonest cause of death for men under the age of 35, which is a compelling statistic. Young men are more likely to kill themselves by their own hand than they are to die of a motorbike accident.

We have targets to improve the provision for those who are dangerous and have severe personality disorder. We have targets for those who are in prison, where mental health problems are really extremely prevalent. For instance, we have set a target to develop 140 new secure places for people with personality disorder who are dangerous, and to increase the number of nurses and staff working in prisons. There are targets across the board such that we have specific targets for psychiatrists, psychologists, nurses, and so on. We also have targets to develop new staff and new ways of working. We know that our existing recruitment and retention capability is limited. New staff and new ways of working are crucial to enable us to deliver this.

We have been making good progress in some areas. The priorities and planning framework was published in 2002. We have already hit our target to develop new assertive outreach teams. However, our targets to develop 335 crisis resolution home treatment teams have been much slower to be realized. The same applies to our targets for early intervention, although that one is a bit better. That is because working in that way represents a challenge to existing services. It is difficult for services to work in new ways and, at the same time, face the NHS reorganization that they were required to implement in 2001. We have asked our NHS and social care staff to do a difficult thing. Their progress has been incredibly impressive.

Je parlerai brièvement de notre cadre du service national et des objectifs établis dans le cadre de nos priorités et de nos plans, qui sont très nombreux. En ce qui concerne le cadre des priorités et des plans, les objectifs généraux étaient: améliorer les résultats en matière de soins de santé et de services sociaux pour chacun; améliorer les perspectives de vie des adultes et des enfants ayant des problèmes de santé mentale grâce à des améliorations annuelles à l'accès aux services de santé mentale en cas de crise et à l'intention des enfants et des adolescents; et réduire le taux de mortalité attribuable à des suicides et à des blessures indéterminées d'au moins 20 p. 100 d'ici 2010. Nous avons un objectif général qui recoupe tous les objectifs locaux visant à réduire le taux de décès attribuables aux suicides et à accroître l'accès pour les personnes en crise.

Cet objectif général comporte un certain nombre d'hypothèses de capacité et en particulier d'objectifs locaux: 335 équipes d'intervention d'urgence d'ici décembre 2004; 50 équipes mobiles d'intervention supplémentaires pour porter leur nombre à 220, à la fin du dernier exercice; 50 nouvelles équipes d'intervention précoce pour les personnes qui manifestent les premiers signes d'une psychose, parce que nous savons que les jeunes sont vulnérables à la mort par suicide. En Angleterre, la mort par suicide est la cause la plus courante de décès chez les hommes de moins de 35 ans, ce qui est une statistique accablante. Les jeunes hommes sont plus susceptibles de porter atteinte à leurs jours que de mourir dans un accident de motocyclette.

Nous avons des objectifs pour améliorer la prestation des services aux personnes dangereuses et atteintes de troubles graves de la personnalité. Nous avons des objectifs pour les détenus, car dans les prisons les problèmes de santé mentale sont vraiment très fréquents. Par exemple, nous avons établi un objectif afin d'installer 140 nouveaux locaux sûrs pour les personnes dangereuses ayant un trouble de la personnalité, et d'accroître le nombre d'infirmières et du personnel qui travaillent dans les prisons. Ce sont les objectifs généraux et nous avons des objectifs précis en ce qui concerne les psychiatres, les psychologues, les infirmières, et cetera. Nous avons aussi des objectifs pour la formation de nouveau personnel et l'établissement de nouvelles façons de travailler. Nous savons qu'à l'heure actuelle notre capacité de recrutement et de conservation du personnel est limitée. C'est pourquoi il est indispensable que nous recrutions du nouveau personnel et établissions de nouvelles façons de travailler.

Nous avons réalisé de bons progrès dans certains secteurs. Le cadre des priorités et des plans a été publié en 2002. Nous avons déjà atteint notre objectif pour ce qui est de constituer de nouvelles équipes mobiles d'intervention. Cependant, en ce qui concerne la création de 335 équipes de traitement à domicile en cas de crise, les progrès ont été plus lents. C'est la même situation pour nos objectifs en matière d'intervention précoce, bien que nous ayons réalisé de meilleurs progrès à cet égard. La raison, c'est que cette façon de travailler représente une difficulté pour les services existants. Il est difficile pour les services d'adopter de nouvelles façons de travailler tout en faisant face à la réorganisation du Service national de la santé qu'ils ont dû mettre en oeuvre en 2001. Nous avons demandé au personnel de

Over the last two years, we have been trying to improve our data capture systems. I guess it is as true for us as it is with other countries that our information on services in this field is relatively limited. That is not the least because the services are provided by numbers of different agencies. There is NHS care; social care, which is provided by local government provision; independent private sector care; and charitable and voluntary sector care, which is an increasingly significant component of our provision.

Information is a challenge. We have worked in partnership with local services to develop a self-rated system for assessing progress called our "autumn assessments." Each fall since 2001, we have asked our local services to assess their proximity to target across a whole range of dimensions. They submit that information to a database that enables us to map the relationship between new teams and local measures of need, and spending, et cetera. We are not quite there yet.

We are assisted in that task of gathering information and in supporting local services to deliver on their targets by a range of arm's-length bodies. I described the structure comprising the Department of Health, the Strategic Health Authority and the Primary Care Trusts. One of the arm's-length bodies is the Modernization Agency, part of which is the National Institute for Mental Health in England. That is our implementation arm and has a series of eight regional development centres spread across England. Their job is to specifically help local services improve their closeness to targets. They set out models of best practice, visit local services and employ champions to raise the profile of the new service model and of the needs of people with mental illness. There are about 26 programs of work led through the National Institute for Mental Health, all of which have central funding. These programs are designed to support reform. Just an example: We have a Black and minority ethnic mental health program, currently funded to the tune of £2.5 million over the period to 2006. That will employ new community development staff and pump-prime about 80 community development projects, which will help us to do something about the fact that service users with mental health problems who come from Black and minority ethnic groups are better served by our mental health services. We know, at the moment, they are more likely to be detained under sections of the Mental Health Act, less likely to access services and less likely to find services acceptable to their needs. That program is designed particularly for them.

notre service national de la santé et des services sociaux d'accomplir une tâche difficile. Les progrès qu'ils ont réalisés à cet égard ont été extrêmement impressionnants.

Au cours des deux dernières années, nous avons tâché d'améliorer nos systèmes de saisie des données. Je suppose qu'il est vrai dans notre cas comme dans le cas d'autres pays que nos renseignements sur les services dans ce domaine sont relativement limités. Cela est entre autres attribuable au fait que les services sont fournis par de nombreuses agences. Il y a les soins offerts par le Service national de la santé; les services sociaux, assurés par les organismes gouvernementaux locaux; les soins fournis par le secteur privé indépendant; et les soins fournis par les organismes de bienfaisance et le secteur bénévole, qui représentent un élément de plus en plus important de nos fournisseurs de services.

L'information représente un défi. Nous avons travaillé en partenariat avec les services locaux pour mettre au point un système d'autoévaluation des progrès que nous appelons nos «évaluations automnales». Chaque automne depuis 2001, nous avons demandé à nos services locaux d'évaluer dans quelle mesure ils se rapprochaient des objectifs établis. Ces renseignements ont été versés dans une base de données qui nous permet d'établir le lien entre les nouvelles équipes et les besoins au niveau local, de même que les dépenses, et cetera. Nous n'en sommes pas encore tout à fait là.

Un éventail d'organismes indépendants nous aide dans cette tâche consistant à recueillir l'information et à soutenir les services locaux pour qu'ils puissent atteindre leurs objectifs. J'ai décrit la structure se composant du ministère de la Santé, de l'administration stratégique de la santé et des groupes de soins primaires. L'un des organismes indépendants est l'agence de modernisation qui fait partie de l'Institut national de la santé mentale en Angleterre. C'est notre organisme de mise en oeuvre qui compte une série de huit centres de développement régional dispersés un peu partout en Angleterre. Leur travail consiste particulièrement à aider les services locaux à mieux atteindre leurs objectifs. Ils établissent des modèles de pratiques exemplaires, visitent les services locaux et font appel à des porte-parole chargés de mieux faire connaître le nouveau modèle de services et les besoins des personnes qui ont une maladie mentale. Il existe environ 26 programmes de travail qui relèvent de l'Institut national de la santé mentale et qui disposent tous d'un financement central. Ces programmes sont destinés à appuyer la réforme. À titre d'exemple, nous avons un programme de santé mentale à l'intention des Noirs et des minorités ethniques, dont le financement à l'heure actuelle est de 2,5 millions de livres jusqu'en 2006. Ce programme emploiera du nouveau personnel affecté au développement communautaire et servira à mettre sur pied environ 80 projets de développement communautaire, ce qui nous permettra d'améliorer les services de santé mentale à l'intention des Noirs et des groupes de la minorité ethnique qui ont des problèmes de santé mentale. Nous savons pour l'instant qu'ils sont plus susceptibles d'être détenus en vertu de certaines dispositions de la loi sur la santé mentale, moins susceptibles d'avoir accès aux services et moins susceptibles de trouver des services adaptés à leurs besoins. Ce programme a été conçu pour eux.

We also have a program targeting women's mental health, a program targeting violence and abuse. We know, for instance, domestic violence is a very big issue for mental health. We have programs targeting community teams' development, and research programs as well, so it is an enormous endeavour.

I think should stop there, because it will be more meaningful to you if you ask me questions and I try to elaborate on the bits that you are interested in hearing about.

The Deputy Chairman: Thank you very much. You did a very good job of outlining a huge endeavour you have taken on with some great success.

I was interested when you talked about Australia, because we had a teleconference meeting with Australia two or three weeks ago. We are now looking at Australia as our guidepost. They are having great success.

I will now turn to my colleagues.

Senator Morin: I have a number of questions. In Canada, we do not have — and we are obviously thinking about — a national mental health plan, which I think is important. I was very much impressed by the plan you have, which I think is called the National Service Framework for Mental Health. This is a very impressive document. I am impressed, for example, that the patient is given a copy of his or her written care plan, which includes the action to be taken in crisis and access to 24 hours. This is really impressive.

I have two questions dealing with this matter. The first one: How much of it has been implemented? I see it is quite detailed. There are really good indicators of what should be. It is very practical and easy to see whether you have obtained that or not. What has really been implemented?

My second question: I realize this applies to England, but what about Scotland? Are there any links? I ask because in Canada, of course, the provinces have the responsibility of the actual service delivery of mental health and of health care generally. Our role, at the federal level, is to assure some coordination between the various provinces. Is there a similar coordination role somewhere between England, Scotland and Wales, or are these completely independent as far as health care is concerned?

Ms. Richardson: Let me take your first question first, about the Care Programme Approach, CPA. The guidance on Care Programme Approach has been operational now for quite some time. It has been rolled out to all of those who are in contact with specialized mental health services, which represents around 630,000 people in England.

Each local mental health trust has a system for capturing data about the CPA. They have to make routine returns to us at the centre about the numbers of people with a care plan. We ask them to give us feedback about the numbers of people who are given a

Nous avons aussi un programme axé sur la santé mentale des femmes, destiné à lutter contre la violence et les mauvais traitements. Nous savons, par exemple, que la violence conjugale est un facteur très important pour ce qui est de la santé mentale. Nous avons des programmes de développement d'équipes communautaires et aussi des programmes de recherche. Il s'agit donc d'une énorme entreprise.

Je crois que je vais arrêter ici parce que je pense qu'il vous sera plus utile de me poser des questions et je pourrais tâcher de vous fournir plus de précisions sur les aspects qui vous intéressent.

La vice-présidente: Merci beaucoup. Vous avez très bien décrit l'énorme tâche que vous avez entreprise avec beaucoup de succès.

J'ai trouvé intéressant que vous parliez de l'Australie, parce qu'il y a deux ou trois semaines, nous avons eu une téléconférence avec l'Australie. Nous nous servons maintenant de l'Australie comme modèle, car ce pays connaît beaucoup de succès dans ce domaine.

Je vais maintenant céder la parole à mes collègues.

Le sénateur Morin: J'ai un certain nombre de questions. Au Canada, nous n'avons pas — et de toute évidence nous y songeons — un plan national pour la santé mentale, que je considère important. J'ai été très impressionné par le plan que vous avez établi et que vous appelez je crois le cadre du service national pour la santé mentale. Il s'agit d'un document très impressionnant. J'ai été entre autres impressionné que l'on remette au patient une copie par écrit de son plan de soins, qui prévoit les mesures à prendre en cas de crise et un accès 24 heures sur 24. C'est vraiment impressionnant.

J'ai deux questions à ce sujet. La première: dans quelle mesure ce cadre a-t-il été mis en oeuvre? Je constate qu'il est assez détaillé. Il renferme d'assez bons indicateurs des mesures qui devraient être prises. Il est très pratique et il est facile de constater si vous avez réussi à atteindre vos objectifs ou non. Quelles sont les mesures qui ont réellement été mises en oeuvre?

Ma deuxième question: je sais que ce plan s'applique à l'Angleterre, mais qu'en est-il de l'Écosse? existe-t-il des liens? Je pose la question parce qu'au Canada, bien entendu, les provinces sont responsables de la prestation des services de santé mentale et des soins de santé en général. Notre rôle, au niveau fédéral, est d'assurer une certaine coordination entre les diverses provinces. Existe-t-il un rôle de coordination semblable entre l'Angleterre, l'Écosse et le pays de Galles, ou fonctionnent-ils de façon complètement indépendante en ce qui concerne les soins de santé?

Mme Richardson: Je répondrai d'abord à votre première question à propos du Care Programme Approach ou CPA. Les consignes concernant cette approche sont opérationnelles depuis un certain temps. Elles ont été communiquées à tous ceux qui sont en contact avec des services spécialisés en santé mentale, ce qui représente environ 630 000 personnes en Angleterre.

Chaque groupe local de santé mentale a un système pour saisir les données à propos de la CPA. Ils doivent nous présenter des rapports réguliers au centre à propos du nombre de personnes qui ont reçu un plan de soins. Nous leur demandons de nous indiquer

copy of their care plans, as well as the number of caregivers, because we have extended our CPA guidance since the framework was published to include a requirement that the needs of carers are also assessed.

As far as contact with specialized mental health services is concerned, that is working quite well. Where we have a question mark is whether CPA should be extended into primary care. Of course, it is much more difficult there, because people in contact with general medical practitioners quite commonly do not have a formal diagnosis. It is a requirement on CPA that you get a diagnosis, that your needs are assessed. That is an expert's endeavour.

We have some reservations about extending CPA into primary care, even though it is the case that a significant number of people with severe mental health problems are only in contact with their GP, and only receiving support from primary care services. People on CPA actually represent the tip of the mental health iceberg, if I can put it that way. There are many more people with quite disabling conditions who are not on CPA.

Another issue we have with CPA — and we would strongly recommend this system — is that it is also a system that is being thought about for extension into care with older adults and other people with long-term conditions. If you do adopt such a system, it is well worth trying to find a way of helping local services with the information infrastructure. At the moment, we have a system where many trusts are using very different ways to capture that information. Commonly, the reporting back to us is still on paper rather than electronically. I would advise implementing an electronic system at the outset.

In respect of your question regarding Scotland, my colleague Adrian Sieff will talk to you about the arrangements that exist for working in partnership with Scotland, Wales and Northern Ireland in relation to the legislative framework. However, when it came to writing the national service framework, we were ensured that we had representatives from Wales and Scotland and Northern Ireland involved in our planning.

The National Service Framework for Mental Health for England is a framework for England. It does not apply to Scotland and it does not apply to Wales. Although there are systems in place following devolution to ensure that the legislative and other governmental decisions are discussed in Scotland and Wales, it is by no means automatic that the reforms extend there.

Senator Morin: Therefore, in fact, the reforms may not apply to Scotland at all. If the reforms are necessary — and I believe they are — nobody is ensuring that they should be applied to other parts of the U.K. Am I right in saying that?

le nombre de personnes à qui on remet une copie de leur plan de soins, ainsi que le nombre de fournisseurs de soins, parce que nous avons élargi la portée de nos directives en la matière depuis la publication du cadre afin d'y inclure une exigence selon laquelle il fallait aussi évaluer les besoins des soignants.

En ce qui concerne le contact avec les services spécialisés en santé mentale, cela fonctionne relativement bien. Nous nous demandons toutefois si cette approche, la CPA, devrait être étendue aux soins primaires. Bien entendu, cela devient beaucoup plus difficile à ce niveau-là étant donné que les personnes en contact avec des omnipraticiens souvent ne reçoivent pas de diagnostic formel. L'approche CPA exige que vous obteniez un diagnostic, que l'on évalue vos besoins. C'est une tâche qui revient à un spécialiste.

Nous hésitons dans une certaine mesure à étendre l'approche CPA aux soins primaires, même s'il est vrai qu'un nombre important de personnes ayant des problèmes de santé mentale graves ne consultent que leur médecin généraliste et ne reçoivent de l'aide que des services de soins primaires. Les personnes qui bénéficient de l'approche CPA représentent en fait la pointe de l'iceberg en matière de santé mentale, si je puis m'exprimer ainsi. Il y a un nombre beaucoup plus important de personnes ayant des affections relativement incapacitantes qui ne reçoivent pas de plan de soins.

Un autre aspect de cette approche CPA — et c'est un système que nous recommandons fortement — c'est qu'il s'agit aussi d'un système que l'on envisage d'étendre aux besoins fournis aux adultes âgés et à d'autres personnes nécessitant des soins de longue durée. Si l'on adopte effectivement un tel système, il serait très utile de trouver un moyen d'aider les services locaux à se doter d'une infrastructure. Pour l'instant, nous avons un système où de nombreux groupes utilisent des façons très différentes de saisir cette information. Dans l'ensemble, les rapports qui nous sont transmis continuent d'être des rapports sur copie papier plutôt que des rapports électroniques. Je recommanderais que l'on mette en oeuvre dès le départ un système électronique.

En ce qui concerne votre question au sujet de l'Écosse, mon collègue Adrian Sieff vous parlera de dispositions prévues par le cadre législatif pour travailler en partenariat avec l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord. Cependant, au moment de la rédaction du cadre du service national, nous nous sommes assurés de faire participer les représentants du pays de Galles, de l'Écosse et de l'Irlande du Nord à notre planification.

Le cadre du service national pour la santé mentale pour l'Angleterre est un cadre pour l'Angleterre. Il ne s'applique pas à l'Écosse ni au pays de Galles. Bien que des mécanismes aient été instaurés suite à la cession pour s'assurer que l'on discute en Écosse et au pays de Galles des décisions législatives et d'autres décisions gouvernementales, les réformes ne s'y étendent pas automatiquement.

Le sénateur Morin: Par conséquent, il est possible en fait que les réformes ne s'appliquent pas du tout à l'Écosse. Si des réformes s'imposent — et je crois que c'est le cas — personne ne s'assure qu'elles s'appliquent à d'autres régions du Royaume-Uni. Ai-je raison de dire cela?

Ms. Richardson: You are. Let us not forget that the national service framework qua framework is best practice guidance.

The parts of our reform program that really have teeth — if I can put it that way — are the priorities and planning framework, the local targets that are set through the public service agreement with the treasury. In developing our best practice guidance, which is what the framework is, we work in partnership with the other administrations. Then it is for them to set local targets as they see fit, building on what that best practice guidance says or not.

Senator Morin: Could I address now the issue of resources? I address this because there is an argument that a plan, without resources, may not be worth doing.

According to the Sainsbury Centre and the King's Fund and the Royal College of Nurses, there have been issues with the resources affected to mental health or mental disease. For example, the growth of resources in the mental health field has been half the rate of growth in other parts of the health care delivery system.

The Sainsbury Centre concluded that there is a widening gap between promise and performance in the delivery of mental health services. You are as familiar as I am with the figures here. Not only was there not an increase in resources when you brought up this national plan, but as compared with inflation and so forth, there has been a decrease in resources.

I realize that 75 per cent of resources in the health field are now devoted to the Primary Care Trusts. There has been major criticism of the commissioning of mental health care by these Primary Care Trusts. They have neither the time nor the expertise to do this. What we call the “tyranny of the acute” has taken over the resources that would have been normally devoted to the local implementation teams.

This is important for us. If there are increased resources allocated, we should go ahead. We heard from New Zealand where they had a very ambitious plan whereby they had an increase of 173 per cent of funds allocated to mental health. According to them, without an increase in resources, there is little point in carrying on a plan.

I see you have done the opposite. You have a plan and not only did you not have an increase in resources, you had a decrease. Do you think it is still worth carrying on with this plan without having the increase in resources?

Ms. Richardson: First, I think I have to challenge robustly the perception that there has not been an increase in resources for mental health in association with the national service framework. As I think I said earlier, the NHS plan set out how an additional

Mme Richardson: Oui. Il ne faut pas oublier que le cadre du service national est un guide de pratiques exemplaires.

Les aspects réellement concrets de notre programme de réforme — si je peux m'exprimer ainsi —, ce sont le cadre des priorités et des plans, les objectifs locaux qui sont établis par le biais de l'entente de service public conclue avec le Trésor. Lorsque nous élaborons notre guide de pratiques exemplaires, car c'est ce en quoi consiste le cadre, nous travaillons en partenariat avec les autres administrations. Il leur appartient alors d'établir les objectifs locaux qu'elles considèrent appropriés, en s'inspirant du guide des pratiques exemplaires.

Le sénateur Morin: Pourrais-je aborder maintenant la question des ressources? J'aborde cette question parce que certains font valoir que sans ressources, un plan n'a peut-être pas de raison d'être.

Selon le centre Sainsbury, le King's Fund et le Royal College of Nurses, les ressources affectées à la santé mentale et au traitement des maladies mentales sont insuffisantes. Par exemple, l'augmentation des ressources affectées au domaine de la santé mentale représente moins de la moitié du taux de croissance des ressources dans d'autres secteurs du système de soins de santé.

Le centre Sainsbury a conclu qu'il existe un écart de plus en plus grand entre les promesses faites en matière de prestation de services de santé mentale et la réalité. Vous êtes aussi bien au courant des chiffres que moi. Non seulement n'y a-t-il pas eu d'augmentation des ressources lorsque vous avez établi ce plan national, mais comparativement à l'inflation, et cetera, les ressources ont diminué.

Je suis conscient que 75 p. 100 des ressources dans le domaine de la santé sont désormais consacrées aux groupes des soins primaires. On a sévèrement critiqué le fait que les soins de santé mentale aient été confiés à ces groupes de soins primaires, qui n'ont ni le temps ni les compétences pour assumer cette responsabilité. Ce que l'on appelle la tyrannie de la médecine de soins aigus a accaparé les ressources qui auraient été normalement consacrées aux équipes locales de mise en oeuvre.

C'est un aspect que nous considérons important. Si on augmente les ressources qui y sont affectées, nous devrions aller de l'avant. La Nouvelle-Zélande nous a appris qu'elle avait un plan très ambitieux qui prévoyait une augmentation de 173 p. 100 des fonds attribués à la santé mentale. La Nouvelle-Zélande considère en effet que sans une augmentation des ressources, elle ne voit pas l'utilité de se doter d'un plan.

Je constate que vous avez fait le contraire. Vous avez un plan et non seulement vos ressources n'ont-elles pas augmenté mais elles ont diminué. Croyez-vous qu'il vaille toujours la peine de poursuivre l'exécution de ce plan sans augmentation des ressources?

Mme Richardson: Tout d'abord, je dois contester vivement la notion selon laquelle le cadre du service national n'a pas prévu une augmentation des ressources destinées à la santé mentale. Comme je crois l'avoir dit plus tôt, le plan du SNS établit qu'un

£330 million over and above baseline would be invested in the NHS in order to fast-forward the national service framework by 2003-04.

Our evidence supports the fact that that money did go into mental health services. We know that up to April last year an additional £262 million was spent on mental health over and above the baseline figure for 2001. Therefore, we did spend extra money was spent on mental health. I am very familiar with the Sainsbury Centre for Mental Health report and the allegations that funds are insufficient. We respect the fact that local services commonly tell us that their resources are stretched. It is not enough, but we do know that extra allocations did go into mental health services and we know it has been being spent on mental health services. That is the first point I want to make.

Second, I think it is important to say, and you will respect this too, that additional investment is not the only answer. In shifting the balance of power and devolving the decision making and commissioning down to the primary care level, we have tried to ensure that the commissioning for local services most closely matches local population need. We have tried to measure performance in terms of outcome rather than expenditure.

I also have to acknowledge that our information about spending on health and social care services for people with mental health problems is extremely difficult to calculate. The Sainsbury Centre report made an estimate of the amounts of money spent by social care and on incapacity benefits for people who could not work because they have a mental health problem, and so on. We, in England, are about to introduce program budgeting across the health service that would enable us to know much more about where the money has gone and what has been spent.

In summary, I will make three important points. One, we did invest more. Two, we do have good evidence that more has been spent. Three, we did want to shift the balance of power and give local services much more control over how they spent money for their local population. You make the valid point that mental health is often the "Cinderella" of the NHS. It is true that local service managers can become preoccupied with waiting times targets in other areas of health care. It has been quite challenging to keep mental health chief executives' and trusts' minds focused on mental health, which still is seriously stigmatized in this country. Our ministers have had a tough job to keep the profile high.

montant de 300 millions de livres supplémentaires, en sus du financement de base, sera investi dans le service national de santé pour accélérer sa mise en oeuvre d'ici 2003-2004.

Les indications dont nous disposons corroborent le fait que ces fonds ont effectivement été affectés aux services de santé mentale. Nous savons que jusqu'en avril de l'année dernière, un montant supplémentaire de 262 millions de livres a été consacré à la santé mentale en plus du financement de base prévu pour 2001. Par conséquent, nous avons effectivement consacré des fonds supplémentaires à la santé mentale. Je connais très bien le rapport du centre Sainsbury pour la santé mentale et je suis au courant des allégations selon lesquelles les fonds sont insuffisants. Nous respectons le fait que les services locaux nous disent couramment que leurs ressources sont utilisées au maximum. Elles ne sont pas suffisantes, mais nous savons que des fonds supplémentaires ont effectivement été affectés aux services de santé mentale et nous savons qu'ils ont été consacrés aux services de santé mentale. C'est le premier argument que je tiens à faire valoir.

Deuxièmement, je considère qu'il est important de préciser, et je crois que vous le comprendrez, que des investissements supplémentaires ne sont pas l'unique solution. En modifiant l'équilibre du pouvoir et en déléguant la prise de décisions et les responsabilités au niveau des soins primaires, nous avons tâché de nous assurer que cette délégation des responsabilités aux services locaux permette de répondre très étroitement aux besoins de la population locale. Nous avons tâché d'évaluer le rendement en fonction des résultats plutôt que des dépenses.

Je dois aussi reconnaître qu'il est extrêmement difficile de calculer les dépenses consacrées aux soins de santé et aux services sociaux à l'intention des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le rapport du centre Sainsbury évalue les montants d'argent consacrés aux services sociaux et aux prestations d'incapacité pour des personnes incapables de travailler parce qu'elles ont un problème de santé mentale. En Angleterre, nous sommes sur le point d'établir la budgétisation de programmes dans l'ensemble des services de santé, qui nous permettra de mieux savoir comment a été dépensé l'argent de même que les montants dépensés.

En résumé, j'apporterai trois précisions importantes. Premièrement, nous avons effectivement augmenté nos investissements. Deuxièmement, nous avons de bonnes indications selon lesquelles les dépenses ont augmenté. Troisièmement, nous avons voulu modifier l'équilibre des pouvoirs et donner aux services locaux un plus grand contrôle sur la façon dont ils dépensent les fonds destinés à leur population locale. Vous avez fait valoir avec raison que la santé mentale est souvent le parent pauvre du service national de la santé. Il est vrai que les administrateurs de services locaux peuvent devenir préoccupés par les objectifs de temps d'attente dans d'autres secteurs des soins de santé. Il est devenu assez difficile de faire en sorte que les dirigeants et les groupes de santé mentale continuent de mettre l'accent sur la santé mentale, qui fait l'objet de graves préjudices dans ce pays. Les ministres ont eu beaucoup de difficulté à faire de cette question une question de premier plan.

We have not done a bad job. It remains as a priority. I would strongly recommend that if you are going to make a similar level of reforms, it is absolutely essential that that profile is kept high.

Senator Morin: I will put my question another way. If the figure is not right, please correct it. If I understand correctly, in England the resources allocated to mental health would be 12 per cent of the total health care expenditure. Do you think that is a sufficient number? Have you thought about this? Should we have a target that it should be 15 or 20 per cent? Is that a way to approach it?

Furthermore, I am still interested in Scotland because as you realize we are a federation, and we are at the federal level. Does Scotland have the same resources for mental health? Do they get it as a total budget? If so, are they at complete liberty of doing what they want with the money in allocating it to mental health?

Ms. Richardson: In respect of your second question, I honestly cannot answer you about Scotland. You would need to talk to Scotland.

Spending on mental health services in this country made up 13 per cent of the hospital and community health services expenditure in 2001-02. That is from our evidence to our public expenditure inquiry. However, I repeat that hospital and community health service expenditure is only a portion of the money that is spent on mental health. We also have social care spending, which goes down a separate route to local government for social services, education services and the like.

I do not have that figure here but I will be pleased to send you details on how much money is spent by local government services on personal social services. A significant proportion of that is for people with mental health problems. The figure of 13 per cent represents an underestimate if you are trying to get a picture of total spending.

Senator Morin: Have you heard of a target? Should we aim at more, or is that not a way to go at it?

Ms. Richardson: The way to go is to match local spending to local need. I guess it is the same for you as it is for us. Levels of mental ill health are much higher in the inner city urban areas than in some rural areas. The inner cities' average expenditure on mental health in some local services is as high as 18 per cent. In other parts of the country, it is much lower. As I said, there is not a direct correlation between allocation and outcome. We want to monitor spending carefully, but we would like to perform its management on the basis of outcomes.

Senator Morin: Thank you.

Nous avons fait un bon travail. Cela demeure une priorité. Je vous recommanderais fortement, si vous voulez apporter des réformes semblables, il est tout à fait essentiel que cette question reste au premier plan.

Le sénateur Morin: Je poserai ma question autrement. Si le chiffre n'est pas exact, n'hésitez pas à le corriger. Si je comprends bien, en Angleterre, les ressources affectées à la santé mentale représenteraient 12 p. 100 de la totalité des dépenses consacrées aux soins de santé. Croyez-vous que ce soit suffisant? Y avez-vous réfléchi? Devrions-nous viser 15 ou 20 p. 100? Est-ce la démarche à suivre?

Par ailleurs, je m'intéresse toujours à la situation en Écosse parce que, comme vous le savez, nous sommes une fédération et nous travaillons au niveau fédéral. L'Écosse dispose-t-elle des mêmes ressources pour la santé mentale? S'agit-il d'un budget total? Si oui, est-elle tout à fait libre de se servir de ces fonds comme elle l'entend et d'en attribuer une partie à la santé mentale?

Mme Richardson: Pour répondre à votre seconde question, je ne peux vraiment pas parler au nom de l'Écosse. Il vous faudrait vous adresser aux autorités de ce pays.

Les services en santé mentale ici ont représenté 13 p. 100 des dépenses en services de santé communautaires et hospitaliers en 2001-2002, selon les données présentées à notre enquête sur les dépenses publiques. Toutefois, je le redis, les dépenses en services de santé communautaires et hospitaliers ne représentent qu'une partie des fonds consacrés à la santé mentale. Nous avons aussi des dépenses en soins sociaux, qui sont engagées séparément par les administrations locales pour les services sociaux, les services d'éducation et d'autres.

Je n'ai pas de chiffres à vous fournir mais je me ferai un plaisir de vous faire parvenir des données sur les montants dépensés par les services gouvernementaux locaux pour les services sociaux personnels. Une part importante de cette somme est consacrée aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. La proportion de 13 p. 100 est en deçà de la réalité si l'on veut se faire une idée du total des dépenses.

Le sénateur Morin: Avez-vous entendu parler d'un objectif? Devrions-nous viser plus haut, ou est-ce que ce n'est pas une bonne façon de s'y prendre?

Mme Richardson: Ce qu'il faut faire, c'est faire correspondre les dépenses locales aux besoins locaux. Je suppose que c'est la même chose pour vous et pour nous. Les niveaux de troubles mentaux sont beaucoup plus élevés dans les quartiers pauvres des villes que dans certaines zones rurales. Les dépenses moyennes en santé mentale de certains services locaux des quartiers pauvres peuvent atteindre 18 p. 100. Dans d'autres régions du pays, c'est beaucoup moins. Comme je l'ai dit, il n'y a pas de corrélation directe entre ce qu'on dépense et les résultats obtenus. Nous voulons surveiller soigneusement les dépenses, mais nous aimerions en assurer la gestion en fonction des résultats.

Le sénateur Morin: Merci.

Ms. Richardson: I would like to introduce Adrian Sieff, my colleague who is head of the mental health legislation branch. He could elaborate a little bit on the relationship between England and Scotland, at least as far as the legislative framework is concerned.

The Deputy Chairman: Before we move to the next question, I would like to welcome Mr. Sieff. Would you please tell us how you, as the head of mental health legislation branch, interface with the system you have there now? There were some questions about how England and Scotland and Wales and Ireland connect. I will turn it over to you for brief comments.

Mr. Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch, Government of the United Kingdom: In respect of the relationship between England and the other countries in the United Kingdom, we are bringing forward new legislation for mental health in England, which covers England and Wales. This is primary legislation, since devolution covers England and Wales. Scotland sets out its own legislation. Scotland passed a new Mental Health Act last year, which applies Scotland only. The Mental Health Act in England and Wales applies to England and Wales. There are separate powers made under regulation for Northern Ireland.

The primary legislation applies to both England and Wales, but it is devolved to Wales to secondary regulations, secondary statutory instruments which set out some of the detail of the law, and it can also provides its own code of practice. There will be a code of practice for Wales and a code of practice for England under the same primary legislation. Likewise, there will be regulations for Wales and regulations for England under the same primary legislation.

There are interfaces, for example, if someone is detained under mental health legislation in England and transferred to Scotland or vice versa, then there are transfer arrangements that take place, but the individual is always made liable to whichever legislation of the territory in which they are at that time. I do not know if that answers your questions.

Senator Morin: We were told that England was the most centralized country in the world in respect of its health care delivery, but the U.K. is really the most decentralized system, as if it were different countries. Here in Canada, the provinces have the responsibility of health care delivery, but the federal government is responsible for coordination and for ensuring that certain minimal standards are kept. The system is quite similar from one province to the other and the federal government plays a role through financial arrangements.

Now, whichever body has that responsibility in the U.K. could have the same power, unless taxation is completely different, because I expect that there is some funding that flows from the centre to Scotland for example. It seems there is no role here for

Mme Richardson: J'aimerais vous présenter M. Adrian Sieff, mon collègue à la tête de la Direction de la législation en matière de santé mentale. Il pourrait vous parler un peu plus des rapports qu'entretiennent l'Angleterre et l'Écosse, tout au moins en ce qui concerne le cadre législatif.

La vice-présidente: Avant de passer à la prochaine question, j'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Sieff. Auriez-vous l'obligeance de nous dire comment vous, en tant que chef de la Direction de la législation en matière de la santé mentale, assurez la jonction avec le système que vous avez maintenant? On s'est interrogé sur la façon dont l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande assurent cette jonction. J'aimerais que vous nous en parliez brièvement.

M. Adrian Sieff, chef, Direction de la législation en matière de santé mentale, gouvernement du Royaume-Uni: Pour ce qui est des liens de l'Angleterre avec les autres pays du Royaume-Uni, nous proposons une nouvelle Loi sur la santé mentale en Angleterre, qui concerne l'Angleterre et le pays de Galles. C'est une mesure législative de base, puisque la dévolution concerne l'Angleterre et le pays de Galles. L'Écosse adopte ses propres lois. L'Écosse a adopté l'année dernière une nouvelle Loi sur la santé mentale qui ne s'applique qu'en Écosse. La Loi sur la santé mentale adoptée en Angleterre et au pays de Galles s'applique en Angleterre et au pays de Galles. Des pouvoirs distincts sont attribués en vertu de la réglementation dans le cas de l'Irlande du Nord.

La législation de base s'applique à l'Angleterre et au pays de Galles, mais elle confie au pays de Galles la réglementation secondaire, les instruments statutaires secondaires qui précisent certains aspects de la loi, et elle peut aussi fournir son propre code de procédures d'application. Il y aura un code de procédures d'application pour le pays de Galles et un pour l'Angleterre en vertu de la même législation de base. De la même manière, il y aura des règlements pour le pays de Galles et des règlements pour l'Angleterre qui seront pris en vertu de la même législation de base.

Il y a des recoupements. Par exemple, si quelqu'un détenu en Angleterre en vertu de la Loi sur la santé mentale est transféré en Écosse ou vice versa, alors des ententes de transfert sont conclues, mais la personne concernée est toujours assujettie à la loi du territoire où elle se trouvait à ce moment-là. Je ne sais pas si j'ai répondu à vos questions.

Le sénateur Morin: On nous a dit que l'Angleterre était le pays le plus centralisé au monde en ce qui a trait à la prestation de soins de santé, mais c'est vraiment le Royaume-Uni qui a le système le plus décentralisé, comme s'il s'agissait d'un pays distinct. Ici, au Canada, les provinces ont la responsabilité de la prestation des soins de santé, mais le gouvernement fédéral a la responsabilité de leur coordination et doit veiller au respect de normes minimales. Le système est assez semblable d'une province à l'autre et le gouvernement fédéral joue un rôle dans le cadre d'ententes financières.

L'entité qui a cette responsabilité au Royaume-Uni pourrait avoir le même pouvoir, à moins que le régime fiscal soit complètement différent, parce que je suppose qu'un certain financement est assuré par le centre à l'Écosse, par exemple. Le

whatever government is responsible for the total of the U.K. I still cannot understand clearly — and this is extremely important to mental health because as you have stated, there is the tendency for it to be the “Cinderella” of the system.

Ms. Richardson: To provide answers to your questions, Mr. Sieff and I will have to go back to colleagues because it falls outside our remit. I do not really know how it works in an overarching way. I honestly do not know how resources get allocated to Scotland, Wales, and Ireland.

Mr. Sieff: I do not know in respect of Scotland. There is a formula in respect of expenditure between England and Wales and I think it is called the Barnett Formula. Under this formula, money is allocated to England, then a calculation is made for allocations to Wales on a population and various other bases. Certainly, when any new policy is developed in England, then Wales needs to be ensured that since that policy may apply to England and Wales, the funding is being made available for it.

The Deputy Chairman: Honourable senators and witnesses, we have lost our video communication link. We will proceed without video until it can be re-established.

Senator Keon: Ms. Richardson, I know a little bit about your system because my daughter is a doctor there. I am fascinated by the integration of your mental health strategy and your primary care system. We do not have such a capacity in Canada at this time, although we are groping to find one. We have to design a primary care system before we can deal with it.

I understand that your Primary Care Trusts deal with a panacea of mental health — including the decriminalization element — across the system. Could you expand on how this works? You have a complex system of programs and then you have the Primary Care Trusts and the primary care system. How do you interface all of these programs and standards into the Primary Care Trusts? Could you expand on that?

Ms. Richardson: Yes, if I can. It is necessary to have a perspective of the history of primary care in this country in order to understand where we are right now. Traditionally, mental health care has been the preserve of those working in specialized services — that is, not primary care. Traditionally, those with an identified mental health problem would have been referred to a psychiatrist or to another specialist in secondary care services. Although that was the perception, it is nonetheless true that a very significant majority of people with mental health problems — as I think I said earlier — are managed only in primary care or are managed only with the support of family and friends and local community services.

gouvernement qui a la responsabilité de l'ensemble du Royaume-Uni semble n'avoir ici aucun rôle à jouer. Je n'arrive toujours pas à bien comprendre — et c'est extrêmement important en santé mentale parce que comme vous l'avez dit, ce secteur est un peu laissé pour compte.

Mme Richardson: Pour répondre à vos questions, M. Sieff et moi devons consulter des collègues parce que ce n'est pas de notre ressort. Je ne sais vraiment pas comment tout cela fonctionne dans sa totalité. Je ne sais vraiment pas comment les ressources sont allouées à l'Écosse, au pays de Galles et à l'Irlande.

M. Sieff: Je ne sais pas ce qu'il en est de l'Écosse. Une formule est employée en ce qui concerne les dépenses entre l'Angleterre et le pays de Galles et je pense qu'il s'agit de la formule Barnett. Selon cette formule, des fonds sont attribués à l'Angleterre, puis on effectue un calcul pour ce qui est des fonds à allouer au pays de Galles en fonction de sa population et de divers autres facteurs. Bien sûr, quand une nouvelle politique est adoptée en Angleterre, le pays de Galles doit alors s'assurer qu'il aura accès au financement puisque cette politique peut s'appliquer à l'Angleterre et au pays de Galles.

La vice-présidente: Honorables sénateurs, chers témoins, nous avons perdu les signaux vidéo. Nous allons poursuivre sans vidéocommunication jusqu'à ce qu'on rétablisse la liaison.

Le sénateur Keon: Madame Richardson, je connais un peu votre système étant donné que ma fille est médecin là-bas. Je suis fasciné par l'intégration de votre stratégie en matière de santé mentale et votre système de soins primaires. Nous n'avons pas de capacité comparable au Canada pour l'instant, quoique nous nous efforçons d'en trouver une. Nous devons concevoir un système de soins primaires avant de pouvoir nous en servir.

Je crois savoir que vos groupes de soins primaires offrent tout un éventail en matière de santé mentale — y compris un volet sur la décriminalisation — dans tout le système. Pourriez-vous nous expliquer comment ils fonctionnent. Vous avez un système complexe de programmes, puis vous avez les groupes de soins primaires et le système de soins primaires. Comment agencez-vous tous les programmes et toutes ces normes au sein des groupes de soins primaires? Pourriez-vous nous l'expliquer?

Mme Richardson: Oui, je vais tenter de le faire. Il faut connaître un peu l'histoire des soins primaires ici pour comprendre où nous en sommes maintenant. Autrefois, les soins en santé mentale étaient la chasse gardée de ceux qui travaillaient dans les services spécialisés — c'est-à-dire qu'il ne s'agissait pas de soins primaires. Traditionnellement, les personnes chez qui on avait diagnostiqué un problème de santé mentale étaient renvoyées à un psychiatre ou à un autre spécialiste des services de soins secondaires. Même si c'était l'impression qu'on avait, il n'en reste pas moins vrai qu'une très importante majorité de gens ayant des problèmes de santé mentale — comme je pense l'avoir déjà dit — ne reçoivent que des soins primaires ou ne bénéficient que de l'appui de leur famille et d'amis et des services communautaires locaux.

In a sense, by default, primary care services have provided a huge amount of the support for people with mental health needs. Perhaps it just has not always been seen in quite that way. That has been generally thought to be a great strength of primary care, not least because of the stigma that is attached to mental ill health. As a person with a stress-related condition or someone with a long-term depression, it has perhaps been easier for the patient, for the person with the mental health problem to get contact, to get help through his or her GP.

There are difficulties with that, too, because one of the things we know historically to be true is that GPs do not have the specialized training. That is both their strength and a weakness of the system. They are generalists so they see everyone. They do not necessarily put a diagnostic label on a person. That is something that happens very much more in secondary care. That is good from the patient's point of view or service user's point of view because it is less stigmatizing.

On the other hand, the absence of specialized training means that we also, like other countries, face a difficulty with delivering effective care to people, for instance, with depression, where we know that GPs tend not to prescribe in doses that accord with the recommended guidelines, and they miss cases of depression because they have not enough time to spend seeing the service user.

When you say that you are impressed with the integration, that is good that you should perceive it that way, but we have to acknowledge that we have a long way to go to achieve what we would really like to achieve for people with mental health problems.

That is why we set two standards in the National Service Framework for Primary Care. They are mainly about access to services, which is why we set the specific targets through our priorities and planning framework to supplement the expertise that there is in primary care by providing new workers, who will be trained specifically to help people with so-called common mental disorders.

You mentioned the criminal justice system. Traditionally, the responsibility for provision of effective care has been and continues to be with the home office. However, we have been trying very hard to integrate the mental health care for those people in order that the standard of care they get in prison is better than it has been in the past. We have set up a program of prison in-reach and a program of general health care including health care in prison so that people can get an assessment of their needs more quickly and can get access to the help they need, which was not happening in many cases.

We have implemented a number of programs that help primary care and I will mention two that might be of particular interest to you. One is the NHS plan target to develop 1,000 new graduate primary care mental health workers by December 2004, to help

En un sens, par défaut, les services de soins primaires ont assuré un appui considérable aux personnes ayant des besoins en santé mentale. Peut-être tout simplement qu'on ne l'a pas toujours perçu ainsi. On a généralement pensé que c'était une grande force des soins primaires, ne serait-ce qu'en raison de la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux. Quand on vit une situation de stress ou une longue dépression, il est peut-être plus facile pour le patient, la personne qui a un problème de santé mentale, de prendre contact avec son médecin généraliste, d'obtenir de l'aide auprès de celui-ci.

Cela pose aussi des difficultés, parce que ce que l'expérience nous a montré c'est que les généralistes ne reçoivent pas de formation spécialisée. C'est à la fois leur force mais une faiblesse du système. Comme ils sont généralistes, ils soignent tout le monde. Ils ne posent pas nécessairement un diagnostic dans tous les cas. C'est quelque chose qui arrive beaucoup plus souvent dans le cas des services de soins secondaires. C'est bon du point de vue du patient ou de l'utilisateur de services parce qu'il y a alors moins de stigmatisation.

Par ailleurs, cette absence de formation spécialisée signifie que nous aussi, comme dans d'autres pays, avons du mal à assurer des soins efficaces, par exemple, dans le cas de dépression, quand on sait que des médecins généralistes ont tendance à ne pas prescrire d'ordonnances dont la posologie correspond aux recommandations des directives, et des cas de dépression leur échappent parce qu'ils n'ont pas assez de temps à consacrer à leurs patients.

Vous dites être impressionnés par l'intégration, et je m'en réjouis, mais nous devons reconnaître qu'il nous reste un long chemin à parcourir avant d'atteindre le niveau de service que nous aimerions vraiment être en mesure d'offrir aux gens qui ont des problèmes de santé mentale.

C'est pourquoi nous fixons deux normes au National Service Framework for Primary Care. Elles portent principalement sur l'accès aux services, c'est pourquoi nous fixons les objectifs précis à atteindre au moyen de nos priorités et de notre cadre de planification pour renforcer le savoir-faire du secteur des soins primaires en recrutant de nouveaux travailleurs, qui seront formés précisément pour aider les gens qui ont ce que l'on appelle des troubles mentaux courants.

Vous avez parlé du système de justice pénale. La responsabilité de la prestation de soins efficaces a toujours été et continue d'être confiée au ministère de l'Intérieur. Cependant, nous travaillons d'arrache-pied pour intégrer les soins en santé mentale offerts à ces personnes afin que le niveau de soins qu'ils reçoivent en prison soit supérieur à ce qu'ils étaient dans le passé. Nous avons créé pour les détenus un programme In-Reach et un programme de soins de santé généraux incluant des soins de santé en milieu carcéral pour que les gens puissent obtenir plus rapidement une évaluation de leurs besoins et avoir accès à l'aide nécessaire, ce qui souvent n'est pas le cas.

Nous avons exécuté divers programmes qui améliorent les soins primaires et je vais en mentionner deux qui pourraient vous intéresser tout particulièrement. Dans un cas, il s'agit du plan du service de santé national, le SNS, qui vise à former un millier de

GPs manage and treat people of all ages with common mental health problems. The second is a target to recruit 500 "gateway workers" who will help GPs to signpost service users and carers to the right part of the system to help them get help more quickly.

The graduate worker is a new breed of worker. I am not aware if they exist in other countries but here we were faced with a problem that I touched on earlier. We were not able to recruit enough nurses. We were taking steps to increase the number of GP trainees. We were taking steps to increase the number of psychiatric trainees and psychologists and other groups. However, that was not going to deliver for us quickly enough because it takes so long to train those professionals.

Therefore, we looked at the evidence and we saw that two things were true. One is we had a group of able graduates in our system who wanted to work in the NHS who could be trained, so the evidence suggested, to deliver brief, effective evidence-based treatments in primary care for people with common disorders. We set that target and we set up 12 new programs of education and training across England to provide them with one year of post-graduate certificate level training offered on a day-release basis. We are halfway through that; we have about 400 of those workers in place right now, and local plans to recruit the rest by the end of this year. Gateway workers are in fact qualified nurses, community psychiatric nurses, whose jobs are being reconfigured to help them focus more on what primary care staff need to help signpost them through the system.

That is about service redesign. However, you can see 1,000 do not go very far among 300 PCTs. It is obviously not sufficient to meet all the needs that there are but we hoped by highlighting the importance of this to trigger an interest in primary care mental health and promote the development of similar such workers on a wider scale.

Senator Cordy: You talk about the 28 strategic health authorities that manage performance services. I am from the province of Nova Scotia. We have regional health authorities in my province, but they have a great deal of difficulty because they spend a tremendous amount of time negotiating with the government for budgets. Is this the same in the United Kingdom, specifically to mental health? When regional health authorities or the strategic health authorities receive funding, is the funding targeted specifically for mental health or more broadly, or are they just given budgets?

nouveaux diplômés en soins primaires de santé mentale d'ici décembre 2004, pour aider les médecins généralistes à accueillir et à soigner des gens de tous âges qui ont des problèmes courants de santé mentale. Le second objectif consiste à recruter 500 travailleurs qui aideront les généralistes à orienter les utilisateurs et le personnel de soins pour qu'ils puissent s'adresser au service adéquat du système et les aider ainsi à obtenir de l'aide plus rapidement.

Le travailleur diplômé est une nouvelle espèce. Je ne sais pas s'il y en a dans d'autres pays mais chez nous, nous avons un problème dont je vous ai parlé plus tôt. Nous ne parvenions pas à recruter suffisamment d'infirmières. Nous avons pris des mesures pour accroître le nombre de stagiaires omnipraticiens. Nous avons pris des mesures pour accroître le nombre de stagiaires psychiatres et de psychologues et de membres d'autres groupes. Cependant, nous allions devoir attendre trop longtemps parce qu'il faut du temps pour former ces professionnels.

Par conséquent, nous avons fait un bilan et vu que deux choses en ressortaient. D'abord, nous avons dans le système un groupe de diplômés aptes qui voulaient travailler au SNS et qui pouvaient recevoir une formation, selon les données recueillies, pour fournir brièvement et efficacement en matière de soins primaires des traitements fondés sur des données probantes aux patients souffrant de troubles courants. Nous avons fixé un objectif et constitué 12 nouveaux programmes de formation dans toute l'Angleterre pour leur offrir un programme externe de formation d'un an menant à l'obtention d'un certificat d'études supérieures. Nous sommes à mi-chemin; 400 de ces travailleurs sont déjà en poste, et nous prévoyons à l'échelle locale recruter le reste d'ici la fin de l'année en cours. Les travailleurs qui orientent la clientèle sont constitués en fait de personnel infirmier compétent, d'infirmières psychiatriques communautaires, dont les postes ont été adaptés pour les aider à se consacrer davantage sur ce dont le personnel de soins primaires a besoin pour les aider à s'orienter dans le système.

Voilà pour la reconfiguration des services. Toutefois, vous pouvez bien voir que 1 000 recrues, ce n'est pas beaucoup pour les 300 GSP. Ce n'est évidemment pas suffisant pour répondre à tous les besoins, mais nous espérons, en mettant en lumière l'importance de cet aspect, susciter un intérêt dans le domaine des soins primaires en santé mentale et favoriser le recours à des travailleurs de ce type à une plus grande échelle.

Le sénateur Cordy: Vous avez parlé des 28 administrations stratégiques en matière de santé qui gèrent la prestation des services. Je viens de la province de la Nouvelle-Écosse. Dans ma province, nous avons des administrations régionales en matière de santé, mais elles connaissent de grandes difficultés parce qu'elles passent énormément de temps à négocier avec le gouvernement pour obtenir des fonds. Est-ce la même chose au Royaume-Uni, surtout en ce qui a trait à la santé mentale? Quand les administrations régionales ou les administrations stratégiques reçoivent un financement, des fonds sont-ils précisément alloués à la santé mentale ou sont-ils attribués de façon générale, ou les administrations reçoivent-elles tout simplement un certain budget?

Ms. Richardson: Strategic health authorities here have a performance management responsibility as PCTs but they are not holders of the bulk of the money. They obviously have small budgets of their own that they use to recruit staff and they have a budget that is capped to certain work.

Seventy-five per cent of the money spent on the NHS is devolved to PCTs. It is not ring fenced or badged. This was really the essence of the health service reorganization that took place in 2001. We touched on it earlier, in answer to the first set of questions, which were much about Scotland. There is a difficulty or a challenge there for local primary care commissioners to divide up their allocation of the NHS resources among the competing demands of mental health, cancer care, coronary and heart disease and so on.

Senator Cordy: You spoke about assertive outreach teams. Specifically what is the role of an assertive outreach team? What do they do?

Ms. Richardson: It is a small multidisciplinary team consisting of anywhere between 9 to 15 staff. Their aim is to focus particularly on the estimated 1,500 people who are in the mental health service system with a severe mental illness and who are at particular risk of falling out of contact with services or of disengaging with their key workers. This particular group of service users is among the most challenging with which to work. They usually have long-term histories, severe mental illness, schizophrenia and so on. They are quite often transient or not living in fixed places.

The assertive outreach team would start its work after a period of admission. Let us say, typically, a service user would have an admission to a psychiatric hospital, have a period of treatment and get a care plan. The assertive outreach team would follow up, as the name suggests, quite assertively. They would visit the person at home; if the person missed an appointment, they would chase it up. They might see the service user, the patient, in the place of his or her choosing. We know assertive outreach teams that work in the local launderette, and they will be trying to help ensure that the service user sticks with the care plan and does not fall out of contact.

This approach, which has its origins also in Australia and in some of the work of Stein and Test in the U.S., demonstrates to be an effective way of working with that client group — providing you configure the teams properly. It is not everyone's cup of tea, if I can put it that way. You need careful training for your staff. It is a rewarding job but not an easy job for staff.

Senator Cordy: There are a number of patient advocacy groups in Canada. I am wondering how they would react to an outreach team meeting someone in a laundromat, for example. Has that been a problem at all?

Mme Richardson: Les administrations stratégiques ont, en tant que GSP, une responsabilité en matière de gestion du rendement, mais elles ne gèrent pas le gros des fonds disponibles. Elles ont bien sûr de petits budgets à elles qu'elles utilisent pour recruter du personnel et elles ont un budget qui est réservé à un certain travail.

Soixante-quinze pour cent des fonds consacrés au SNS sont alloués aux GSP. Ce ne sont pas des fonds isolés ni réservés. C'est vraiment ce sur quoi a porté la réorganisation des services de santé en 2001. Nous en avons parlé plus tôt, en réponse à la première série de questions, qui portaient surtout sur l'Écosse. C'est toute une tâche ou tout un défi pour les commissaires locaux des soins primaires de répartir leurs fonds du SNS en fonction des demandes concurrentielles des services de soins en santé mentale, de soins pour le cancer, les maladies coronariennes, les maladies cardiaques, et cetera.

Le sénateur Cordy: Vous avez parlé d'équipes d'intervention affirmative. Plus précisément, quel est leur rôle? Que font-elles?

Mme Richardson: Il s'agit d'une petite équipe multidisciplinaire composée de neuf à quinze personnes. Elle s'occupe particulièrement des quelque 1 500 patients du système de services de santé mentale qui ont une maladie mentale grave ou qui risquent plus particulièrement de perdre contact avec les services ou de ne plus communiquer avec leurs travailleurs principaux. Ce groupe particulier d'utilisateurs de services compte parmi ceux qui posent le plus de défis. Ils ont habituellement une longue histoire, une maladie mentale grave, sont atteints de schizophrénie, par exemple. Il s'agit assez souvent d'itinérants, sans domicile fixe.

L'équipe d'intervention affirmative commence son travail après une période d'admission. Par exemple, généralement, un utilisateur de services est admis à un hôpital psychiatrique, reçoit un traitement pendant un certain temps et suit un plan d'intervention. L'équipe d'intervention affirmative assure un suivi, de façon assez affirmative, comme son titre l'indique. Elle rend visite à la personne chez elle; si la personne ne se rend pas à un rendez-vous, elle vérifie ce qui s'est passé. Ses membres peuvent rencontrer l'utilisateur de services, le patient, à l'endroit de son choix. Nous connaissons des équipes d'intervention affirmative qui travaillent à la buanderie du coin, et ces travailleurs essaient de faire en sorte que l'utilisateur de services suive son plan d'intervention et ne s'isole pas.

Cette approche, qui nous a été inspirée aussi par l'Australie et certains des travaux de Stein et Test aux États-Unis, s'avère un moyen efficace de travailler avec ce groupe client — dans la mesure où les équipes sont bien constituées. Ce n'est pas un travail pour tout le monde, si je peux dire. Il faut assurer une formation minutieuse du personnel. C'est un travail qui apporte des satisfactions, mais ce n'est pas un travail facile.

Le sénateur Cordy: Au Canada, il y a un certain nombre de groupes de défense des droits des patients. Je me demande ce qu'ils penseraient de l'idée de voir une équipe d'intervention rencontrer quelqu'un à la buanderie, par exemple. Est-ce que cela a posé des problèmes?

Ms. Richardson: No, because the service users and carers, by and large, say that they quite value having someone — a team or person or care-worker — who is prepared to put himself or herself out. Service users, particularly in this group, commonly do not like going along to the psychiatric hospital for their outpatient appointment. They do not turn up. If the team member is prepared to come out and meet them on their territory, so to speak, the relationship and the engagement is much better.

Senator Cordy: In respect of primary care, you stated earlier that you need a diagnosis to be on the Care Programme Approach. As Senator Keon was saying earlier, the first point of contact in most cases is the family doctor or the GP. You stated that the GPs do not necessarily have specialized training in giving the effective care. Is this where your gateway workers come in, helping to make initial diagnoses?

Sometimes when a person goes in to see a GP, they will go in with a variety of ailments, none of which they will claim to be related to depression or any other type of mental illness. As you stated earlier, it would take a period of time before a GP could actually make a diagnosis that it is not continuous headaches or not stomach problems or whatever, it is, in fact, a depression or something else.

Are GPs receiving training so that they can red-flag patients when they come in, or do your gateway workers play a large role in that?

Ms. Richardson: You are absolutely right, that is the role of the gateway workers as envisioned in our guidance. However, at the moment there are not very many gateway workers in post. They do not have a monopoly on that role; there are many other members of the health and social care system who help to provide support for GPs in that initial diagnosis.

For instance, many psychiatrists are now working to deliver outpatient clinics in GP surgeries. Many psychologists are also placed in GP practices. They can help GPs resolve an uncertainty about whether a particular patient should be referred on or not.

The gateway workers' job, therefore, is partly to do initial assessments, where there is not anyone else to do one, and partly to signpost through the system and help the system work as a more united whole. The gateway workers' job description — and we published some sample job descriptions in our guidance — is to help the development of local referral protocols between different elements of the service system, so that it saves patients having to be reassessed multiple numbers of times.

Mme Richardson: Non, parce que les utilisateurs de services et les fournisseurs de soins, dans une large mesure, disent qu'ils apprécient assez d'avoir quelqu'un — une équipe ou une personne ou un fournisseur de soins — qui est disposé à se déranger pour eux. Les utilisateurs de services, surtout ceux de ce groupe, pour la plupart n'aiment pas aller à l'hôpital psychiatrique pour leurs rendez-vous en clinique externe. Ils ne s'y présentent pas. Si le membre de l'équipe est disposé à se déplacer et à aller les rencontrer sur leur territoire, pour ainsi dire, les rapports et la participation sont bien meilleurs.

Le sénateur Cordy: Pour ce qui est des soins primaires, vous avez dit plus tôt qu'il fallait un diagnostic pour bénéficier de la Care Programme Approach. Comme l'a déjà dit le sénateur Keon, la plupart du temps, le premier point de contact c'est le médecin de famille ou l'omnipraticien. Vous avez dit que les omnipraticiens n'avaient pas nécessairement reçu de formation spécialisée pour donner des soins efficaces. Est-ce là qu'interviennent vos travailleurs qui orientent les patients, pour aider à poser les premiers diagnostics?

Parfois quand un patient va voir un omnipraticien, il souffre de divers maux, dont aucun ne sera attribué à la dépression ou à un autre type de maladie mentale. Comme vous l'avez dit, il faudrait un certain temps avant qu'un omnipraticien puisse vraiment poser un diagnostic autre que des maux de tête continus ou des maux d'estomac, et établir qu'il s'agit en fait d'une dépression, par exemple.

Les omnipraticiens reçoivent-ils une formation pour être en mesure de repérer les patients quand ils consultent, ou est-ce que les travailleurs qui s'occupent d'orientation jouent un certain rôle à cet égard?

Mme Richardson: Vous avez tout à fait raison, c'est précisément le rôle que nous avons envisagé pour les travailleurs qui orientent les patients. Cependant, pour l'instant, nous n'avons pas beaucoup de ces travailleurs en poste. Ils n'exercent pas un monopole sur ce rôle; il y a bien d'autres membres du système des soins de santé et des services sociaux qui soutiennent les omnipraticiens quand ils doivent poser ces premiers diagnostics.

Par exemple, de nombreux psychiatres offrent maintenant des services externes dans des cabinets d'omnipraticiens. De nombreux psychologues travaillent aussi dans des cabinets d'omnipraticiens. Ils peuvent aider les omnipraticiens à se faire une meilleure idée au moment d'établir si un patient donné devrait être ou non acheminé ailleurs.

La fonction des travailleurs qui orientent les patients consiste donc en partie à effectuer une première évaluation, quand il n'y a personne d'autre pour le faire, et aussi à les orienter dans le système et à aider le système à fonctionner de façon plus unifiée. La description de tâches de ces travailleurs — et nous avons publié des exemples de descriptions de fonctions dans notre guide — consiste à contribuer à l'élaboration de protocoles d'orientation locaux entre différents éléments du système de services, afin d'éviter aux patients d'avoir à être réévalués à plusieurs reprises.

You can imagine what that is like. A GP is not certain whether someone should be referred to specialized services, so to be on the safe side, he or she refers to a psychiatrist and there is a wait. Perhaps the GP refers to the psychologist simultaneously, thinking that the wait might be quicker, which it often is not. Meanwhile, it will have been suggested that the patient might go to the local charitable voluntary service for some counselling to tide them over, in which case the counselling service will also do an assessment.

Those three systems are not well integrated at the moment. The gateway workers' job would be to help them work together more closely and agree what would be an appropriate format for an initial assessment, so they could accept each other's judgment more readily. That would speed things up for the patient.

Senator Fairbairn: I have been following Senator Cordy's questions. They were basically along the line that I wanted to ask. However, I would like to just follow one part.

Yesterday, we heard witnesses speak to the community part of this issue. I found it a very tough session to go through, because of the difficulty on the ground of developing ways to have people access proper care outside of hospitals. We do not have the structures that you have in Britain to do that. Also, we do have a confederation, so we have different rules and laws in various provinces.

I wanted to touch on the idea of assertive outreach. We do not have that in Canada either. As we are going away from the institutions and back into the communities to try and provide the kind of service in primary care and otherwise, we are also placing a distinct responsibility on the client, on the patient, to wish to become part of this system.

With the assertive outreach groups and individuals, what happens when the person who has been diagnosed one way or another in need of help chooses not to follow up with primary care or whatever other kind of care he or she has been getting? What if they choose not to respond, however assertive these people may be? What happens then? Is this then something that goes back to an institutional capacity?

Ms. Richardson: That is an extremely important and interesting question. In fact, it relates very closely to the work that my colleague Adrian Sieff has been doing to reform the mental health legislation. It is being reformed precisely in order to bring it up to date and in line with modern patterns of treatment and care, which, as you have pointed out, are much more likely nowadays to be provided in the community than in a hospital base. I will ask him to say something about that in a moment.

I cannot give you a general answer. In our guidance to assertive outreach teams, and crisis resolution home treatment teams and on CPA, we have stated that it is absolutely essential to take an individualized approach to each person's care.

Vous imaginez ce que c'est. Un omnipraticien, par exemple, n'est pas certain si quelqu'un devrait être acheminé vers des services spécialisés, alors par prudence, il renvoie ce patient à un psychiatre et il y a une période d'attente. Il se peut que l'omnipraticien oriente aussi le patient vers un psychologue, pensant qu'on attendra ainsi moins longtemps, ce qui souvent n'est pas le cas. Entre-temps, on aura suggéré au patient d'aller s'il le veut bien consulter les services bénévoles et caritatifs locaux pour recevoir un peu d'aide de leur part, auquel cas les services de consultation feront aussi une évaluation.

Pour l'instant, ces trois systèmes ne sont pas bien intégrés. Le travailleur chargé de l'orientation aurait pour fonction de les aider à collaborer plus étroitement et à s'entendre sur ce qui serait une façon appropriée de procéder à une première évaluation, afin qu'ils soient plus disposés à accepter l'opinion des autres. On accélérerait le processus pour le patient.

Le sénateur Fairbairn: J'ai bien porté attention aux questions du sénateur Cordy. Elles portaient sur ce que je voulais vous demander. Cependant, j'aimerais toucher un autre aspect.

Hier, nous avons entendu des témoins parler de l'aspect communautaire de toute cette question. J'ai trouvé que c'était une séance très ardue, en raison des difficultés qu'on a sur le terrain à concevoir des moyens permettant aux gens d'obtenir des soins appropriés en dehors des hôpitaux. Contrairement à vous en Grande-Bretagne, nous n'avons pas les structures voulues pour le faire. De plus, nous vivons dans une confédération, et les règles et les lois des diverses provinces varient.

J'aimerais parler d'intervention affirmative. C'est aussi une chose que nous n'avons pas au Canada. À mesure que nous délaissions les établissements et nous tournons vers les collectivités pour tâcher d'offrir le type de services voulus en soins primaires, par exemple, nous attendons aussi nettement du client, ou du patient, qu'il souhaite faire partie de ce système.

Avec les équipes d'intervention affirmative, qu'arrive-t-il quand la personne pour laquelle on a posé un diagnostic quelconque a besoin d'aide mais décide de ne pas recevoir de soins primaires ou tout autre type de soins qu'elle recevait jusque-là? Qu'arrive-t-il si ces patients décident de laisser tomber, si affirmative soit l'intervention de ces équipes? Qu'arrive-t-il alors? Est-ce que cela relève alors de l'établissement?

Mme Richardson: C'est une question extrêmement importante et intéressante. En fait, elle est liée très étroitement au travail que fait mon collègue Adrian Sieff pour moderniser la Loi sur la santé mentale. La réforme vise précisément à actualiser et moderniser la loi pour qu'elle tienne compte des nouveaux modèles de traitement et de soins, qui, comme vous l'avez mentionné, sont de nos jours plus souvent prodigués au sein des collectivités qu'à l'hôpital. Je vais lui demander d'en parler dans un instant.

Je ne peux pas vous répondre de façon générale. Dans notre guide à l'intention des équipes d'intervention affirmative, et des équipes de traitement à domicile et d'intervention en cas de crise, et en ce qui concerne la CPA, nous avons dit

Therefore, I cannot give a general response in respect of what would happen in any one case. I can say that it would depend on that person's history and upon the care worker's judgement of the level of risk.

Let us take a specific example of someone for whom the question has been raised that they are a danger to themselves. Let us say that they have had a history of self-harm or of attempted suicide. Add to that a history of domestic violence, or a history of offending so they perhaps also have a criminal record, but they are not formally in contact at the moment with the police. In such a case, the assertive outreach team would make every effort to follow-up with that patient. If the patient were on medication, they would do their best to persuade the patient that he or she should abide by the guidance set out in the care plan. In fact, the person would have signed on to the care plan in the beginning, because our guidance makes it clear that guidelines should not be developed without the patient. It is absolutely essential that the service user is part of that work.

In the event that the member of staff or the team thought that the patient was a risk and thought that they were dropping out of treatment and/or were not taking their medication, then the Mental Health Act might become one of tools that they would need to use. If you agree, I would quite like to land over to Mr. Sieff to say something about that. Is that okay with you?

Senator Fairbairn: Absolutely. I should like to add one more element to my question. What happens if this person not only has mental difficulties, but also has an addiction? When they are back in the world, he or she does not want to drop the addiction either?

Mr. Sieff: As Ms. Richardson was saying, we are proposing to bring forward new mental health legislation. One of the key changes is to modernize the legislation in line with modern treatment and care.

As the developers of the assertive outreach teams, we want to see more consumer-based delivery of care, where appropriate, to enable people to be treated under formal powers in the community. That is not something that is possible under the current legislation, which requires that a person be detained in a hospital if they are being treated under formal powers.

If a person has a serious mental disorder and is at significant risk of a high level harm — either to themselves or others — and if there is an appropriate treatment available, that person can be sectioned under the mental health legislation for treatment, even without their consent.

There is a particular group of people that we loosely call “revolving door patients,” who may deteriorate in a relatively foreseeable way on occasion in their need for care and treatment. It may not be necessary, if they are well-known to services, to bring them back into a hospital, but they will need the sanction of

qu'il était tout à fait essentiel d'envisager de façon individualisée les soins de chaque patient. Par conséquent, je ne peux pas répondre de façon générale sur ce que l'on ferait dans un cas ou l'autre. Je peux seulement dire que cela dépendrait des antécédents de cette personne et de l'évaluation du niveau de risque que ferait le personnel soignant.

Prenons l'exemple précis d'une personne qui risque de poser un danger pour elle-même. Supposons qu'elle s'est déjà infligé des blessures ou a déjà tenté de se suicider. Sans compter qu'elle a connu des incidents de violence familiale, ou qu'elle a commis des infractions et a peut-être un casier judiciaire, mais n'a pas officiellement affaire à la police pour l'instant. Dans un cas comme celui-là, l'équipe d'intervention affirmative s'efforcerait d'assurer un suivi auprès de ce patient. Si ce patient prenait des médicaments, l'équipe ferait de son mieux pour le convaincre de s'en tenir au programme de traitements. En fait, la personne aurait signé le programme de traitements pour commencer, parce que notre guide établit clairement qu'il ne faut pas élaborer de directives sans le patient. Il est tout à fait essentiel que l'utilisateur de services participe à ce travail.

Si le membre du personnel ou de l'équipe pense que le patient pose un risque et qu'il s'apprête à abandonner le traitement ou à ne plus prendre ses médicaments ou les deux, alors la Loi sur la santé mentale pourrait devenir un outil qu'ils auraient besoin d'utiliser. Si vous le voulez bien, j'aimerais inviter M. Sieff à vous en parler un peu. Cela vous convient-il?

Le sénateur Fairbairn: Certainement. J'aimerais ajouter quelque chose à ma question. Qu'arriverait-il si cette personne avait non seulement des troubles mentaux mais aussi une toxicomanie? Quand il revient sur terre, le patient ne veut pas renoncer à cette toxicomanie?

M. Sieff: Comme le disait Mme Richardson, nous nous proposons d'adopter une nouvelle loi en matière de santé mentale. L'un des grands changements consiste à moderniser la loi pour tenir compte des soins et des traitements modernes.

En tant que concepteurs des équipes d'intervention affirmative, nous souhaitons la multiplication de soins adaptés aux usagers, quand c'est approprié, pour permettre aux gens de recevoir des traitements en vertu de mécanismes officiels au sein de la collectivité. Ce n'est pas possible en vertu de la loi actuelle, qui dispose qu'une personne doit être détenue dans un hôpital si elle doit être traitée en vertu de mécanismes officiels.

Si une personne a de graves troubles mentaux et pose un risque important de préjudice grave — soit pour elle-même ou les autres — et si un traitement approprié est disponible, on peut, en vertu de la Loi sur la santé mentale, obliger cette personne à se faire soigner, même sans son consentement.

Il y a un certain groupe de personnes que nous appelons dans notre jargon nos «patients porte tournante», dont l'état est susceptible de se détériorer de façon assez prévisible et qui auraient ainsi besoin de plus de soins et de traitements. Il se peut qu'il ne soit pas nécessaire, s'ils sont bien connus de nos services,

the legislation to be treated. That legislation provides for helping people who are leaving the hospital to move into the community in such a way that it is hoped they will not continue to revolve in and out of hospital. They can be treated under sanction — that is, that certain sanctions can be placed upon their discharge into the community. For example, they would need to reside at a certain place, turn up to an outpatient's clinic at a certain point in time or to attend treatment.

As long as they comply with those conditions, they do not need to be brought into hospital. This is enabling people to be treated in the community while they are still meeting the conditions of their compulsion.

It is important to stress that, once their condition has improved and they no longer met those conditions that are set out for a serious mental disorder with a significant risk of harm, they are then discharged from treatment under the act. However, it is hoped that that support should continue in the community with either an assertive outreach team or from other areas of the community. That provides a smoother transition in their care.

Senator Léger: I was impressed by Ms. Richardson's description of the changes since 1997 and the priority for reform. The first area on which you focused was mental health. It is the contrary with us. We started with everything else; our last item is mental health. Was there a reason for this?

Ms. Richardson: I should correct a misapprehension owing to the fact that our first standard in the national service framework did indeed address mental well-being and mental health promotion rather than mental illness. I must say, however, that it would be unfair to conclude that that is where we began.

Like many other countries, we made a priority of addressing reform in those services designed for people with the most severe mental illness because that is where the highest levels of morbidity are. That is where the biggest risk of death by suicide and other causes is. We did start work simultaneously to promote mental health, but if you were to show how the resources were allocated to those different elements, it would be fair to say that we have done far more on the severe end of the spectrum than the preventive end.

Standard one is the relevant standard here. We started in March 2001 by launching a national campaign called "Mind Out for Mental Health." That campaign was aimed at tackling the stigma and discrimination faced by people

de les faire revenir à l'hôpital, mais il faudra appliquer les conditions de traitement prévues dans la loi. La loi prévoit des mesures pour aider ceux qui quittent l'hôpital à réintégrer leur collectivité de façon qu'ils ne soient pas en proie au syndrome de la porte tournante. Ils peuvent être traités moyennant certaines conditions — autrement dit, ils peuvent être assujettis à certaines conditions lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital. Ainsi, ils pourraient être tenus de vivre dans un certain endroit, de se présenter à date fixe au service de consultations externes ou de recevoir des traitements.

Tant qu'ils se conforment à ces conditions, il n'est pas nécessaire de les amener à l'hôpital. Ces gens peuvent ainsi continuer à recevoir des traitements dans la collectivité tant qu'ils présentent les symptômes de l'affection en question.

Il est important de souligner que, une fois que leur état s'est amélioré et qu'ils ne répondent plus aux critères permettant d'établir un diagnostic de trouble mental grave présentant un risque considérable, ils sont alors dispensés de poursuivre leur traitement conformément aux termes de la loi. Il est toutefois à espérer que ces gens pourraient continuer à bénéficier de soutien dans la collectivité de la part d'une équipe d'intervention proactive ou d'autres services communautaires. La transition sur le plan des soins à assurer à ces personnes peut ainsi se faire plus en douceur.

Le sénateur Léger: J'ai été frappée par la description que Mme Richardson a donnée des changements survenus depuis 1997 et de ce sur quoi vous avez mis l'accent dans votre projet de réforme. Vous vous êtes attaqués en priorité à la santé mentale. Chez nous, nous avons plutôt commencé par tout le reste, pour nous attaquer en dernier à la santé mentale. Y a-t-il une raison qui a motivé ce choix?

Mme Richardson: Je devrais corriger une fausse impression étant donné que notre première norme dans le cadre du service national visait effectivement la promotion du bien-être mental et de la santé mentale, mais non pas la maladie mentale. Je dois toutefois préciser qu'il serait injuste de conclure que nous avons commencé par là.

Comme bien d'autres pays, nous nous sommes donné comme priorité de réformer tout d'abord les services destinés aux personnes atteintes des maladies mentales les plus graves parce que c'est parmi ces populations que les taux de morbidité sont les plus élevés. C'est parmi ces populations que le risque de suicide ou de décès attribuable à d'autres causes est le plus élevé. Nous avons aussi commencé à travailler simultanément à la promotion de la santé mentale, mais si on comparait les ressources affectées aux divers aspects de la santé mentale, il serait assez évident que nous avons fait beaucoup plus du côté des maladies graves que du côté de la prévention.

C'est ce que nous appelons la norme un qui s'applique ici. Le tout a débuté en mars 2001 avec une campagne nationale intitulée «Mind Out for Mental Health». Par cette campagne, nous voulions lutter contre la stigmatisation et la discrimination

with mental health problems. It was designed to support their social inclusion. Although that targeted a group that was already identified as mentally ill, it was our intention to try to remove some of the stigma attached to mental illness in order to make it easier for people early in the development of a problem to seek help.

One example of the work done there is something called "The Campaign Against Living Miserably," CALM, which was launched almost five years ago. It targeted young men at risk from suicide who tend not to go to GPs to discuss their problems. This program constitutes a helpline that takes about 6,000 calls a year, half of which are from men between the ages of 15 and 35 years of age.

Our aim is to raise awareness in the right places. We work in youth clubs through DJs and discotheques. We use footballers and celebrities to try to get the message across. We had a big campaign. There have been messages on buses such as "Did you know that one in 100 is affected by severe mental illness?"

We have also taken steps to strengthen NHS Direct, our national helpline. This is a relatively recent innovation that has been running for about five years. Trained nurses staff the call centres have been training in mental health awareness. They have also been trained to use an algorithm, which is a decision tree that helps them to assess a call and then direct the caller to the right place to get help if they need it, or, to put them in touch with charitable and voluntary sector helplines that meet their particular needs.

We have in England, for example, as I am sure you do, a range of independent charitable and voluntary sector help-lines targeting particular groups. There is the Child Line, there is a rape crisis line, survivors-of-sexual-abuse line, Saneline, and there is the Bi-polar/Manic Depression Fellowship helpline. We got these together and operating to some sort of similar standard and linked them to our national helpline, so that we could divert callers their way if appropriate. That is a very important piece of work.

Finally, in 2001 we published a document entitled "Making It Happen: A guide to Delivering Mental Health Promotion," which is a guide for local services to take action on mental health promotion. This guide has sections on physical activity and the relationship between exercise and depression. We have done some work to help GPs refer people with depression to local fitness centres. There is a range of good practice examples in that document.

auxquelles se heurtent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. La campagne visait à favoriser leur inclusion dans la société. Même si le groupe ciblé était celui des personnes déjà diagnostiquées comme ayant une maladie mentale, nous voulions aussi essayer d'atténuer la honte qu'il y a à avouer une maladie mentale pour faire en sorte qu'il soit plus facile de consulter dès l'apparition d'un problème de santé mentale.

Les efforts en ce sens ont notamment conduit à une campagne appelée «The Campaign Against Living Miserably», qui a été lancée il y a environ cinq ans. Cette campagne ciblait les jeunes hommes à risque de suicide qui ont tendance à ne pas aller consulter leur omnipraticien pour discuter de leurs problèmes. On a ainsi mis sur pied une ligne téléaide où l'on reçoit environ 6 000 appels par an, dont la moitié viennent d'hommes âgés de 15 à 35 ans.

Ce que nous voulons, c'est faire de la sensibilisation ciblée. Nous travaillons avec les clubs de jeunes par l'entremise de DJ et de discothèques. Nous faisons appel à des footballeurs et à des célébrités pour faire passer notre message. Nous avons lancé une vaste campagne. Nous avons fait mettre des panneaux sur les autobus où l'on disait, par exemple, «Saviez-vous qu'une personne sur cent est atteinte d'une maladie mentale grave?»

Nous avons également pris des mesures pour renforcer notre ligne secours nationale appelée NHS Direct. Il s'agit d'un service assez récent que nous offrons depuis environ cinq ans. Les appels sont reçus par des infirmiers et des infirmières qui ont reçu une formation conçue pour les sensibiliser à la santé mentale. Les infirmiers et infirmières ont aussi été formés à l'utilisation d'un algorithme, c'est-à-dire un arbre de décision qui les aide à évaluer l'appel pour ensuite dire à la personne où s'adresser pour obtenir de l'aide si elle en a besoin ou la mettre en contact avec des lignes secours du secteur charitable et bénévole qui peuvent répondre à ses besoins particuliers.

Ainsi, nous avons en Angleterre, comme vous aussi, j'en suis sûre, une multitude de lignes secours d'organismes philanthropiques et bénévoles indépendants qui ciblent des groupes en particulier. Il y a la ligne Enfant-secours, la ligne pour les victimes d'agression sexuelle, une ligne destinée aux personnes qui ont survécu à une agression sexuelle, une ligne appelée Saneline, et une ligne d'entraide pour les bipolaires et les maniaco-dépressifs. Nous avons regroupé toutes ces lignes et nous avons fait en sorte qu'elles appliquent toutes une norme semblable, puis nous les avons reliées à notre ligne secours nationale pour que nous puissions mettre la personne qui appelle en contact avec ces lignes spécialisées, le cas échéant. Il s'agit d'un élément très important du travail qui a été fait.

Enfin, nous avons publié en 2001 un document intitulé «Making It Happen: A Guide to Delivering Mental Health Promotion», guide à l'intention des services locaux qui souhaitent faire la promotion de la santé mentale. On y trouve notamment des sections sur l'activité physique et sur le lien entre l'exercice et la dépression. Nous sommes intervenus auprès des médecins généralistes pour qu'ils envoient leurs patients atteints de dépression vers les centres locaux de conditionnement. Le document offre toute une gamme de pratiques exemplaires.

The cabinet office of the government has a unit called the Social Exclusion Unit. In the last 18 months they have been working to develop a report on social exclusion among people with mental health problems and their report will be published in June this year. I urge you to have a look at that. It has a wealth of information about this general area of stigma and mental health promotion.

We also have a public consultation underway. This consultation has been designed to ask the public what would make a difference for them. There are two foci: First, we are asking people who do not have mental health problems what would help prevent mental health problems from arising, what would help to make them more resilient, manage transitions more effectively, deal with stress at work and so on. The second focus is what we can do for people with existing mental health problems to ensure they get the public health messages that the rest of us get, because we know people with severe mental ill health die earlier from respiratory disease, they do not get the cervical smear tests and other tests that the rest of us get, and they do not get the health checks that would provide the early warnings of other kinds of physical ill health.

Senator Léger: I am impressed with the structure of your system. For example, the Primary Care Trust designed a plan that applies to about 100,000 people, I understood, and you have differences between rural and urban applications. In other words, it is broken down into many small cells, which I find most interesting.

Ms. Richardson: That is tremendously important in order to secure engagement of local service providers with the national plan. Without that it could not possibly work.

There is one element of that organization that I did not mention. We have the National Institute for Mental Health, NIMH, of England, which is our implementation arm. None of this could have been done without NIMH and without the local buy-in that NIMH has fostered. NIMH has eight regional development centres but there is another level even beyond that. We provided some central government resources to support the development of what we called "local implementation teams," LITs. There are about 196 LITs that are made up of staff working in health and social care in the mental health field, who come together to support effective commissioning and effective integration of services.

The LITs have been absolutely essential to such changes as we have been able to secure. I do not want to create a falsely positive picture because we have an enormously long way to go. We are nearly five years into this program and we

Le Cabinet Office a un service chargé de traiter de l'exclusion sociale. Ce service travaille depuis 18 mois à préparer un rapport sur l'exclusion sociale des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, rapport qui doit être publié en juin. Je vous incite fortement à lire ce rapport, car c'est une véritable mine d'information au sujet de la stigmatisation de la maladie mentale et de la promotion de la santé mentale.

Nous avons aussi entrepris une consultation publique, où les gens sont invités à expliquer ce qui ferait la différence pour eux. La consultation comporte deux volets. Premièrement, nous demandons à ceux qui n'ont pas de problèmes de santé mentale ce qui pourrait contribuer à prévenir les problèmes de santé mentale et ce qui leur permettrait de mieux résister à la maladie mentale, de gérer les transitions de façon plus efficace, de mieux composer avec le stress au travail, et cetera. Deuxièmement, nous demandons comment nous pourrions nous y prendre pour faire en sorte que ceux qui ont des problèmes de santé mentale reçoivent les messages de santé publique destinés à l'ensemble de la population, car nous savons qu'il y a plus de décès précoces dus aux maladies respiratoires chez les personnes atteintes de maladie mentale grave, que ces personnes ne se présentent pas pour subir les frottis cervicaux et les autres tests dont les autres bénéficient et qu'elles ne vont pas voir leur médecin pour un examen de santé qui permettrait de détecter de façon précoce d'autres problèmes physiques.

Le sénateur Léger: Je suis impressionnée par la structure que vous avez mise en place. Je pense, par exemple, à votre Primary Care Trust qui a mis au point un plan qui vise quelque 100 000 personnes, si j'ai bien compris, et aussi aux distinctions que vous faites entre applications rurales et applications urbaines. Autrement dit, c'est une structure qui comprend un grand nombre de petites cellules. Voilà ce que je trouve très intéressant.

Mme Richardson: C'était là un élément extrêmement important pour amener les fournisseurs de services locaux à souscrire au plan national. Le plan national n'aurait pas pu marcher autrement.

Il y a une composante de notre structure dont je n'ai pas parlé. Il s'agit du National Institute for Mental Health of England, qui est notre organe de mise en oeuvre. Rien de tout ce que nous avons fait n'aurait pu être accompli sans la participation de cet institut et sans l'adhésion locale que favorise l'institut. L'institut compte huit centres de développement régional, mais le travail se fait aussi à un niveau plus local. Nous avons fourni des ressources du gouvernement central pour soutenir la mise sur pied de ce que nous appelons des «équipes de mise en oeuvre locales». Il y a 196 équipes de mise en oeuvre locales constituées de personnes travaillant dans le domaine des soins sociaux et de santé destinés à favoriser le mieux-être mental, qui se regroupent pour appuyer la mise en place et l'intégration efficaces de services de santé mentale.

Sans ces équipes de mise en oeuvre locales, nous n'aurons absolument pas pu apporter tous les changements que nous avons réussi à instaurer. Je ne veux pas brosser un tableau trop optimiste car il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Il y a

have made significant change but there is a long way to go. The LITs have been essential for that and it is terribly important in thinking about the whole of the reform program to get that infrastructure right, from the beginning.

Senator Léger: There is a new breed of professionals. Do these people still have that mentality of going to the small cell or are they more specialized and separated from the reality?

Ms. Richardson: We have been extremely anxious to ensure that the training these people receive differs in a number of important ways from the traditional training that doctors and nurses get. Most importantly, the new trainings that we have established are competence-based rather than exam-based, if I can put it that way. We have developed a set of national mental health competencies, which we are promulgating through the various workforce development and training organizations and higher education establishments. It is also crucial that this education and training for these new staff is not restricted to health matters. It is also focused on social care, housing issues, occupation and the much broader spectrum of issues that are relevant to people with mental health problems.

At the same time we are trying to influence pre-registration training for doctors and nurses and our traditional staff groups by supporting the delivery of this competence framework and by extending — particularly for GPs and psychiatrists — the opportunities that they have for learning about non-drug ways of intervening. Thus, we are trying to strengthen the delivery of psychological therapies training as well.

Senator Cook: What attempts have been made to integrate mental health services with addiction treatment, given the high prevalence of concurrent disorders in mental illness and substance abuse? I am thinking about our young population in particular.

Second, do you have a national suicide-prevention strategy? In practical terms, how have mental health providers — psychiatrists, psychiatric nurses, psychologists, and in this country we have a category of nurse practitioners — been integrated into the primary care system?

Ms. Richardson: On drug treatments and the NHS, most funding for addictions services comes from public funds with only a small amount provided from the private sector. However, there is a pooled budget for drug treatments, which combines health and criminal justice funds from the government. Drug services are provided through 149 drug

maintenant presque cinq ans que le programme a été lancé, et nous avons apporté des changements considérables, mais il reste encore beaucoup à faire. Les équipes de mise en oeuvre locales ont joué un rôle essentiel à cet égard, et il est très important dans le cadre du programme de réforme de s'assurer dès le départ d'avoir l'infrastructure qui convient.

Le sénateur Léger: Il y a une nouvelle génération de professionnels. Ces gens ont-ils toujours tendance à privilégier les petites cellules ou sont-ils plus spécialisés et distancés de la réalité?

Mme Richardson: Nous avons extrêmement à coeur que ces gens-là reçoivent une formation qui diffère à bien des égards importants de la formation traditionnelle que reçoivent les médecins et le personnel infirmier. Fait encore plus important, les nouvelles formations que nous avons créées se fondent sur les compétences plutôt que sur les examens, si je puis m'exprimer ainsi. Nous avons élaboré un ensemble de compétences nationales en santé mentale dont nous assurons la diffusion aux divers organismes de formation et de développement de la main-d'oeuvre ainsi qu'aux établissements d'enseignement supérieur. Il est aussi essentiel que l'enseignement et la formation dispensés à ces nouveaux professionnels ne se limitent pas aux questions de santé. Leur formation porte aussi sur les soins sociaux, sur les questions de logement, sur l'emploi et sur toutes ces autres questions qui ont leur importance dans le traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, nous tentons de favoriser un programme de formation préinscription pour les médecins et le personnel infirmier ainsi que pour nos autres groupes d'employés traditionnels en soutenant la mise en oeuvre de ce cadre de développement des compétences et en multipliant, surtout pour les omnipraticiens et les psychiatres, les occasions de se renseigner sur les interventions qui ne font pas appel aux médicaments. Aussi, nous cherchons à renforcer l'offre de formation en thérapie psychologique.

Le sénateur Cook: Dans quelle mesure avez-vous cherché à intégrer les services de santé mentale et le traitement des toxicomanies, étant donné que les deux sont très souvent liés? Je songe tout particulièrement aux jeunes.

Deuxièmement, avez-vous une stratégie nationale de prévention du suicide? Sur le plan pratique, comment les fournisseurs de soins de santé mentale — psychiatres, infirmières et infirmiers psychiatriques, psychologues et infirmières et infirmiers praticiens, comme nous l'appelons chez nous — ont-ils été intégrés dans le système de soins primaires?

Mme Richardson: En ce qui concerne le traitement des toxicomanies et la stratégie de santé nationale, le traitement des toxicomanies est surtout financé à même les fonds publics, même si une petite partie des fonds provient du secteur privé. Le gouvernement a toutefois établi un budget commun pour les toxicomanes, qui comprend des fonds pour les soins de santé et

action teams across England. They deliver services within that pooled budget, which is held by the local Primary Care Trust, which acts as a banker for the provision of drug services. The drug action team decides what should be provided and the PCT holds the budget.

We have a National Treatment Agency, NTS, for substance misuse, which is a bit like the National Institute for Mental Health. That is an arm's-length body set up by government to set standards for treatment services and to monitor the delivery. It is fair to say — and someone commented on this earlier — that the levels of co-morbidity between mental illness and substance abuse are very high. We acknowledge that the drug services at the local level are still inadequate to meet the level of need. We have further work to do to improve working partnerships between drug action teams and mental health services. It is not always easy to have drug action teams. I would add that they mostly focus on substance abuse rather than on alcohol abuse. That is also an issue for them.

We have a National Suicide Prevention Strategy, NSSP, which is available on the Web. The first report of progress with the strategy was published last year. There are encouraging signs that the rate of death by suicide is falling. The data for the last two years show the lowest rate yet. The three-year average for 2000-2002 was the lowest rate yet compared with the baseline that we set in 1995. Currently the rate is 8.9 deaths per 100,000 population. That compares moderately favourably with the European rate, which I think was 8.8 at last count.

Most of that reduction in rate of death by suicide is attributable to a drop in the rate of death on in-patient wards. We have about 4,500 to 5,000 deaths by suicide each year. One-quarter of those are by people in contact with specialized mental health services and one-quarter of those happen in the week following discharge from hospital, which is why we have so emphasized the importance of assertive outreach, follow-up and proper care planning.

Senator, could you repeat the third question, please?

Senator Cook: In practical terms, how have you integrated mental health providers — the gamut of psychiatrists, psychologists, nurse practitioners, and psychiatric nurses — into the primary care team that you have told us about?

Ms. Richardson: That is a difficult question to answer. It is fair to say that we have not had a formal strategy for the integration of primary and secondary care. However, it has been much written about and we began to address the vision for

pour la justice pénale. Les services de traitement sont assurés par 149 équipes d'intervention auprès des toxicomanes réparties sur l'ensemble du territoire. Ces services sont assurés dans les limites de ce budget commun, qui est administré par le fonds local Primary Care Trust, qui finance les services destinés aux toxicomanes. L'équipe d'intervention auprès des toxicomanes décide des services à offrir, tandis que le PCT détient les cordons de la bourse.

Nous avons une agence nationale de traitement pour les toxicomanies, qui s'apparente à notre institut national pour la santé mentale. Il s'agit d'un organisme indépendant que le gouvernement a mis sur pied et qui a pour tâche d'établir les normes relatives aux services de traitement et de surveiller la prestation des services. C'est un fait — et quelqu'un y a fait allusion tout à l'heure — que les taux de comorbidité entre la maladie mentale et la toxicomanie sont très élevés. Nous reconnaissons que les services aux toxicomanes au niveau local sont toujours insuffisants pour répondre aux besoins. Il nous reste encore du travail à faire pour améliorer les partenariats de travail entre les équipes d'intervention auprès des toxicomanes et les services de santé mentale. Il n'est pas toujours facile de créer de ces équipes. J'ajouterais que le travail de ces équipes se fait surtout auprès des toxicomanes plutôt que des alcooliques, mais l'alcoolisme est aussi un problème.

Nous avons une stratégie nationale de prévention du suicide, qui se trouve sur le Web. Le premier rapport d'étape relatif à la stratégie a été publié l'an dernier. Le rapport était encourageant en ce sens que le taux de suicide est à la baisse. Les données des deux dernières années montrent qu'il est au plus bas niveau jamais atteint. La moyenne sur trois ans pour 2000 à 2002 était le plus bas niveau par rapport au niveau de référence que nous avons établi en 1995. À l'heure actuelle, le taux est de 8,9 décès par 100 000 habitants. C'est un taux qui se compare assez favorablement avec le taux européen, qui s'élevait à 8,8 selon les dernières données, si je ne m'abuse.

Cette baisse du taux de décès par suicide est attribuable à une baisse du taux de décès parmi les malades hospitalisés. Nous avons chaque année entre 4 500 et 5 000 décès par suicide. Il y en a un quart qui surviennent chez des personnes en contact avec des services spécialisés de santé mentale et un autre quart qui surviennent la semaine suivant le départ de l'hôpital, et c'est ce qui explique que nous insistons beaucoup sur l'importance d'une intervention proactive, d'un suivi et d'un programme de soins bien pensé.

Sénateur, pourriez-vous répéter votre troisième question, s'il vous plaît?

Le sénateur Cook: Sur le plan pratique, comment avez-vous intégré les fournisseurs de soins de santé mentale — psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers praticiens et psychiatriques — dans l'équipe de soins primaires dont vous nous avez parlé?

Mme Richardson: Il n'est pas facile de répondre à cette question. Le fait est que nous n'avons pas de stratégie en tant que telle pour l'intégration des soins primaires et secondaires. Il existe toutefois beaucoup de documents sur la question et nous

better integration in the national service framework. Development has been more piecemeal such that we have begun to provide psychiatric outpatient clinics in primary care and to locate psychologists in primary care. We have these new workers who will help us to bridge the gap between primary and secondary care.

We have also done substantial work to support primary care commissioning through another arm's-length body, the Modernization Agency, which has a specific arm that focuses on primary care. It is called the National Primary Care Development Team, NPDT. A mental health collaborative has been started to promote more effective working between primary and secondary care.

We have had a series of initiatives but there is not a single solution because the problem is not a simple one, as you can appreciate. It is about winning hearts and minds and moving the location of care as much as it is about training staff.

Senator Cook: One of the categories that you have in place is the nurse who continues his or her education with one extra year of psychiatric training. There seems to be an emerging role in Canada for a nurse practitioner — a registered nurse with a BA or equivalent who continues with a masters' program in a chosen discipline. Am I comparing these nurses favourably in our respective countries?

Ms. Richardson: What you describe pretty much matches our community psychiatric nurses who, like yours, are registered nurses who continue their training to gain specialty expertise in mental health. In fact, community psychiatric nurses, CPNs, are more commonly attached to secondary specialized services than to primary care because they mostly focus their work on people with severe mental illness. They also work in primary care but, more typically, they are associated with secondary services.

Our graduate workers, thus far, tend to have qualifications in social sciences or psychology and are not nurses. That additional one year of post-graduate training qualifies them to deliver the kind of self-help, the information dissemination, and some of the brief effective cognitive behavioural treatments for people with common disorders. They would not be involved in prescribing. You may be aware that our legislation in respect of nurse prescribing has recently been extended to make it possible for psychiatric nurses to deliver an element of the required drug treatments.

avons commencé à essayer d'inclure dans le cadre de service national une vision axée sur une meilleure intégration. Le développement a été plutôt fragmenté, si bien que nous avons commencé à offrir des soins primaires en psychiatrie dans les services de consultation externe et à faire intervenir des psychologues dans les soins primaires. Nous pouvons maintenant compter sur ces nouveaux professionnels pour nous aider à jeter un pont entre les soins primaires et les soins secondaires.

Nous avons également fait beaucoup de travail pour soutenir la mise en service de soins primaires par l'entremise d'un autre organisme indépendant du gouvernement, l'agence de modernisation, qui a un service spécialisé dans les soins primaires. Ce service s'appelle la National Primary Care Development Team. Un collectif en santé mentale a été créé pour assurer des liens plus efficaces entre les soins primaires et les soins secondaires.

Nous avons ainsi pris diverses initiatives, mais il n'y a pas de solution unique, comme vous le savez, le problème n'est pas simple. Il faut non seulement gagner la confiance des gens et changer le lieu de prestation des soins, mais il faut aussi former le personnel.

Le sénateur Cook: Parmi les professionnels en place, il y a l'infirmier ou l'infirmière qui poursuit ses études un an de plus afin d'acquérir une formation en psychiatrie. Il y a une nouvelle catégorie de professionnels qui semble prendre de l'ampleur au Canada, celle des infirmières et infirmiers praticiens et agréés qui ont leur baccalauréat ou l'équivalent et qui font une maîtrise dans la discipline de leur choix. Est-ce là quelque chose que nos pays respectifs ont en commun?

Mme Richardson: Ce que vous venez de décrire correspond à peu de choses près à ce que nous appelons nos infirmières et infirmiers psychiatriques communautaires qui, comme chez vous, sont des infirmières et infirmiers agréés qui poursuivent leur formation afin d'acquérir une formation spécialisée en santé mentale. En fait, les infirmières et infirmiers psychiatriques communautaires sont le plus souvent rattachés à des services spécialisés secondaires plutôt qu'à des soins primaires, parce qu'ils oeuvrent surtout auprès de personnes atteintes de maladie mentale grave. Il leur arrive aussi de travailler au niveau des soins primaires, mais le plus souvent ils travaillent au niveau des services secondaires.

Nos travailleurs qui font des études plus poussées ont généralement une formation en sciences sociales ou en psychologie et ne sont pas des infirmiers ou des infirmières. La formation supplémentaire d'un an qu'ils reçoivent après l'obtention de leur diplôme les prépare à donner des conseils en matière d'auto-assistance, à diffuser de l'information et à traiter efficacement sur de courtes périodes les personnes atteintes de troubles communs en tentant d'agir sur leur comportement cognitif. Ils ne seraient pas appelés à prescrire des médicaments. Vous savez peut-être que, d'après notre loi, l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière a récemment été étendu pour que les infirmiers et infirmières psychiatriques puissent assurer une partie du pharmacotraitement nécessaire.

The Deputy Chairman: On behalf of senators, I thank Ms. Richardson and Mr. Sieff for appearing before the committee today. I am sorry that one-half of the technology did not work for the last part of the meeting. Certainly, we benefited greatly from the information that you provided.

The committee adjourned.

Le vice-président: Au nom des sénateurs, je remercie Mme Richardson et M. Sieff d'avoir témoigné devant notre comité aujourd'hui. Je suis désolé que la technologie n'ait pas fonctionné pour la dernière partie de la réunion. Nous avons certainement trouvé votre témoignage très utile.

La séance est levée.

Arawhetu Peretini, Manager of Maori Mental Health
(by videoconference);

Phillipa Gaines, Manager of Systems Development of Mental
Health (by videoconference).

Thursday, May 6, 2004

from the Government of the United Kingdom:

Anne Richardson, Head of the Mental Health Policy Branch,
Department of Health (by videoconference);

Adrian Sieff, Head of the Mental Health Legislation Branch (by
videoconference).

Arawhetu Peretini, gestionnaire, Santé mentale des Maoris
(par vidéoconférence);

Phillipa Gaines, gestionnaire, Développement des systèmes de santé
mentale (par vidéoconférence).

Le jeudi 6 mai 2004

Du gouvernement du Royaume-Uni:

Anne Richardson, chef de la Direction des politiques en santé
mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

Adrian Sieff, chef de la Direction de la législation en matière de
santé mentale (par vidéoconférence).



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, May 5, 2004

From the Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction:

David Kelly, Executive Director.

From the Centre for Addiction and Mental Health:

Christine Bois, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders;

Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program;

Brian Rush, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy.

From the Government of New Zealand:

Janice Wilson, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health (by videoconference);

David Chaplow, Director and Chief Advisor of Mental Health (by videoconference);

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 5 mai 2004

De la Fédération des programmes communautaires du santé mentale et du traitement des toxicomanies de l'Ontario:

David Kelly, directeur exécutif.

Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:

Christine Bois, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants;

Wayne Skinner, directeur clinique, Programme de troubles concourants;

Brian Rush, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé

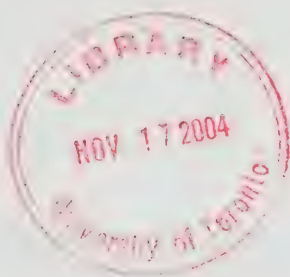
Du gouvernement de la Nouvelle-Zélande:

Janice Wilson, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé (par vidéoconférence);

David Chaplow, directeur et conseiller principal en santé mentale (par vidéoconférence);

(Suite à la page précédente)





Third Session
Thirty-Seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 12, 2004
Thursday, May 13, 2004

Issue No. 9

Tenth and eleventh meetings on:
Mental Health and Mental Illness

WITNESSES:
(See back cover)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 12 mai 2004
Le jeudi 13 mai 2004

Fascicule n° 9

Dixième et onzième réunions concernant:
La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C., (or Rompkey, P.C.)	Léger
Callbeck	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p., (ou Rompkey, c.p.)	Léger
Callbeck	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 12, 2004
(19)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:04 p.m. in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon LeBreton, Léger and Morin (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (*For complete text of order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 5*).

WITNESSES:

From the Schizophrenia Society of Canada:

John Gray, President-Elect.

From the Canadian Mental Health Association:

Penny Marrett, Chief Executive Officer.

From the Mood Disorder Society of Canada:

Phil Upshall, President.

From the Anxiety Disorders Association of Canada:

Peter McLean, Vice President.

John Gray, Penny Marrett, Phil Upshall and Peter McLean each made a presentation and answered questions.

At 6:05 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, May 13, 2004
(20)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:05 a.m. in room 257, East Block, the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Léger and Morin (6).

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 12 mai 2004
(19)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 04, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Léger et Morin (7).

Également présent: Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude des questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

De la Société canadienne de schizophrénie:

John Gray, président élu.

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Penny Marrett, chef de la direction.

De la Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Phil Upshall, président.

De l'Association canadienne des troubles anxieux:

Peter McLean, vice-président.

John Gray, Penny Marrett, Phil Upshall et Peter McLean présentent chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 18 h 05, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 13 mai 2004
(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Léger et Morin (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness. (For complete text of order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 5.)

WITNESSES:

From McGill University:

Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry (by videoconference).

From the Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative.

From the Six Nations Mental Health Services:

Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist.

The Clerk informed the committee of the unavoidable absence of the Chair and Deputy Chair and presided over the election of an Acting Chair.

The Honourable Senator Cordy moved, that the Honourable Senator Morin be the Acting Chair.

The question being put on the motion, it was adopted.

Laurence Kirmayer, Brenda M. Restoule and Cornelia Wieman each made a presentation and answered questions.

At 1:03 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

Également présent: Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude des questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. (Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité.)

TÉMOINS:

De l'Université McGill:

Le Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie (par vidéoconférence).

De la Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario.

Des Six Nations Mental Health Services:

La Dre Cornelia Wieman, psychiatre.

Le greffier informe le comité de l'absence inévitable du président et de la vice-présidente et préside à l'élection d'un président suppléant.

L'honorable sénateur Cordy propose que l'honorable sénateur Morin soit le président suppléant.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Laurence Kirmayer, Brenda M. Restoule et Cornelia Wieman présentent chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 13 h 03, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 12, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:04 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: We are continuing our special study on issues concerning mental health and mental illness. Our witnesses today are from the Schizophrenia Society of Canada, the Canadian Mental Health Association; the Mood Disorder Society of Canada and the Anxiety Disorders Association of Canada. Welcome, and thank you for taking the time today to help us bring this important issue one step closer to the public recognition and action that it deserves and requires.

We will start with Mr. Gray.

Mr. John Gray, President-Elect, Schizophrenia Society of Canada: We very much appreciate this opportunity. The Schizophrenia Society of Canada is a national, registered charity founded 25 years ago. We work with 10 provincial societies and over 100 chapters and branches throughout the country to assist individuals and families living with schizophrenia.

Our perspective on the role of non-government organizations, which is our task, in supporting families of individuals living with mental illness and addictions is as follows. The support NGOs provide for families and individuals living with mental illness serves to support the Canadian mental health system. By providing resources such as education materials and support groups to people affected by serious and persistent mental illness, NGOs decrease the demand on governmental interventions such as hospitalization and, unfortunately, incarceration. By working together to build more effective partnerships between NGOs and government, we can work towards containing rising health care costs and provide sensitive, community care.

In addition, NGOs have a unique ability to partner with government and service providers to support families and individuals in ways that are convenient, cost effective and meaningful. Unbounded by provider system obligations that often dictate location, time and format of support groups,

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 12 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 04 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et les maladies mentales.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Nous allons donc poursuivre notre étude spéciale des questions concernant la santé mentale et les maladies mentales. Nous allons accueillir des témoins qui représentent la Société canadienne de schizophrénie, l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et l'Association canadienne des troubles anxieux. Bonjour à vous tous et merci d'avoir pris le temps de venir nous aider à faire un pas de plus dans le sens de la reconnaissance publique de cette question importante et de l'adoption des mesures qu'elle exige et mérite.

Nous allons commencer par M. Gray.

M. John Gray, président élu, Société canadienne de schizophrénie: Merci beaucoup de l'occasion que vous nous donnez. La Société canadienne de schizophrénie est un organisme national de bienfaisance, enregistré, qui a été fondée il y a 25 ans. Nous avons dix sociétés provinciales et plus de 100 sections et succursales partout au Canada grâce auxquelles nous aidons les particuliers et les familles aux prises avec un problème de schizophrénie.

Voici la façon dont nous envisageons le rôle des organisations non gouvernementales, autrement dit notre rôle, pour ce qui est du soutien à apporter aux familles de malades mentaux et de toxicomanes. L'appui que les ONG apportent aux familles et aux personnes souffrant de maladies mentales permet d'aider le système canadien de santé mentale. En effet, en mettant à la disposition des personnes qui souffrent de maladies mentales graves et persistantes des ressources comme des documents d'information et des groupes de soutien, les ONG allègent la demande sur le réseau public, demande qui prend, par exemple, la forme de journées d'hospitalisation et, malheureusement, d'incarcération. En instaurant des partenariats plus efficaces entre les ONG et le gouvernement, nous contribuons à limiter l'augmentation des coûts des soins de santé et à offrir des soins communautaires adaptés.

En outre, les ONG ont une capacité unique, celle de pouvoir s'associer au gouvernement et aux fournisseurs de services pour appuyer les familles et les patients d'une façon qui soit adaptée, rentable et utile. Comme elles ne sont pas liées aux obligations caractéristiques d'un réseau de prestation de soins — qui

for example, NGOs can offer families and individuals support at home, on the Internet, in town halls, community centres and even around the kitchen table.

For example, the Schizophrenia Society of Canada has successfully piloted a national family-to-family education program that will be launched this fall. The program is designed to empower families and to provide valuable information on preventing relapses, effectively communicating with mental health system providers and coping as a family. This flexible 10-module session is taught by volunteers who are most often living with the effects of mental illness on their families.

The biggest barriers to NGOs in terms of providing these services is the lack of resources, which are used for developmental costs and training costs, and also the lack of awareness of some clinicians and providers of their programs. Sometimes there is not effective communication between mental health clinics and NGOs in the area, so that NGOs need the capacity to inform their communities about available programs, to educate service providers and to assist organizations like clinics, police officers and educators to understand the continuum of care that is available for individuals and their families.

The second question was the role of NGOs in advocating for changes in provincial and federal legislation. Advocacy on the part of NGOs in the mental illness sector is particularly important, as ill individuals, especially with serious illnesses such as schizophrenia, may not realize they have an illness themselves and therefore are not in a position to advocate for themselves. Advocacy efforts can range from a local organization advocating for a particular person or family's needs, to provincial advocacy for programs such as early intervention in psychosis, which is very important from our perspective, to advocating for changes in mental health legislation that will provide less restrictive services. Finally, advocacy at the national level may focus on a range of national issues, and ones that we have been involved in, for example, are the disability tax credits and issues of support like housing. With advocacy, sometimes direct confrontation is necessary, but it has been our experience as a society that problems are more productively solved through partnership and dialogue.

We recognize that one of the barriers to partnership and dialogue has been the fragmentation of the mental illness sector — that is, a large number of organizations all in the same area. A group of mental health illness groups, including the Schizophrenia Society of Canada, recognized this barrier and joined together to enhance the ability of NGOs to effectively advocate for change and also to communicate with governments

détermine souvent le lieu, le moment et la forme d'intervention par les groupes de soutien — les ONG peuvent apporter leur soutien aux familles et aux patients à domicile, sur Internet, lors de réunions publiques, dans des centres communautaires et même autour d'une table de cuisine.

Par exemple, la Société canadienne de schizophrénie a mené à terme un programme pilote d'éducation de famille à famille qui sera mis en œuvre dans sa version définitive à l'automne. Il est destiné à renforcer l'autonomie des familles et à leur fournir des renseignements utiles sur la prévention des rechutes, sur le genre de communications à avoir avec les fournisseurs de soins en santé mentale et à les aider à faire face à la maladie en tant que cellule familiale. Ce cours adaptable, composé de 10 modules, est enseigné par des bénévoles qui, pour la plupart, sont eux-mêmes issus de familles aux prises avec les effets de la maladie mentale.

Les principaux obstacles auxquels les ONG se heurtent dans la prestation de ce genre de services tiennent au manque de ressources, notamment pour financer les frais d'expansion et les coûts de la formation, ainsi qu'au manque d'intérêt de certains cliniciens et fournisseurs de programmes. Il arrive qu'il n'y ait pas de vraies communications entre les cliniques de santé mentale et les ONG d'une même région et celles-ci doivent donc avoir les moyens d'informer leur clientèle au sujet des programmes offerts, d'informer les fournisseurs de services et d'aider les cliniques, les corps policiers et les éducateurs, par exemple, à comprendre que les soins s'inscrivent dans une continuité et qu'ils sont disponibles aux personnes atteintes et à leurs familles.

Votre deuxième question concernait le rôle des ONG dans la promotion des changements à apporter aux lois provinciales et fédérales. Ce rôle est particulièrement important pour les ONG qui travaillent dans le domaine de la maladie mentale, car les malades, surtout ceux qui souffrent d'une maladie grave comme la schizophrénie, peuvent ne pas se rendre compte qu'ils sont atteints et ils peuvent donc ne pas être en mesure de plaider leur cause. Les efforts que nous déployons sur ce plan vont de la défense d'organismes locaux, afin de répondre aux besoins particuliers de particuliers ou de familles, à la promotion de programmes provinciaux comme la précocité de l'intervention dans les cas de psychoses — très importante, quant à nous — pour promouvoir les changements à apporter dans les lois sur la santé mentale afin de moins restreindre les services offerts. Enfin, le travail de promotion à l'échelon national peut porter sur tout un ensemble d'enjeux nationaux et nous sommes, par exemple, intervenus dans des dossiers comme le crédit d'impôt pour personnes handicapées et différentes aides comme pour le logement. La confrontation directe est parfois nécessaire dans la défense d'une cause, mais la société que je représente a appris qu'il est plus intéressant de résoudre les problèmes par le dialogue et le travail en partenariat.

Nous sommes conscients que la fragmentation du secteur des maladies mentales, due au très grand nombre d'organisations travaillant dans le même domaine, a été l'un des obstacles à l'instauration de partenariats et du dialogue. Un ensemble de groupes spécialisés dans les maladies mentales, notamment la Société canadienne de schizophrénie, reconnaissent la nature de cet obstacle et ont décidé de faire front pour améliorer la capacité

and make it easy for governments to discuss these issues with the sector. That organization, you well know, is the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health. It is positioned to work with government to develop a national action plan for mental health.

The third issue is the role of NGOs in pursuing efforts to improve treatment and services. The best way for NGOs to improve treatments and services is to be part of the solution by educating and supporting the community, in addition to the advocacy issues that I just spoke about. NGOs can improve treatment and services for ill individuals and their families by working with funders and with providers such as pharmacists, physicians and so on. For example, we have recently been working with pharmacists and drug manufacturers in assisting them to produce pamphlets about medications that are easy for families and consumers to read and understand.

The fourth issue is supporting research into mental illness and addictions — an important issue to our society. There are two key ways for NGOs to support research. First, organizations can financially support research initiatives, and we do this nationally. B.C. has a research fund, as does Ontario. This can either be done independently or by partnering with other organizations. For example, the Schizophrenia Society of Canada has an excellent working relationship with the Canadian Institutes for Health Research. We put up \$75,000 last year and were matched by CIHR on that. That is a good mechanism for NGO involvement in research.

Second, NGOs can support research by participating in the process. For example, they can be involved in the priority setting of topics that are relevant in research. They can be involved in designing questionnaires, sitting on review panels and disseminating results when the research is concluded.

The fifth issue is raising public awareness and reducing discrimination and stigma. Schizophrenia is, unfortunately, one of the most stigmatized mental illness. People do not understand it and fear it. It is a particularly important issue for us, but it is important to everyone sitting at the this end of the table. There are many ways that an NGO can work to reduce stigma through public awareness. Producing newsletters, Web sites, information brochures and manuals to provide clear and accurate information are all effective ways of communicating clear and accurate information.

For example, the Schizophrenia Society of Canada's Web site receives approximately 400 visits per day. Some publications such as our manual, which is really quite a substantial document, are downloaded approximately 2,000 times per month.

des ONG à promouvoir effectivement le changement, à communiquer avec les gouvernements et à leur faciliter la tâche pour discuter de ces questions avec le secteur que nous représentons. Cette organisation, que vous connaissez bien, est l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale. Elle est déterminée à collaborer avec le gouvernement à la préparation d'un plan d'action national en santé mentale.

Votre troisième question concerne le rôle des ONG dans la poursuite des efforts destinés à améliorer les traitements et les services. La meilleure façon, pour les ONG, d'intervenir sur ce plan consiste à faire partie de la solution en informant et en appuyant le milieu, en plus d'assurer le genre de promotion dont je viens de parler. Les ONG peuvent améliorer les traitements et les services des particuliers et de leurs familles en collaborant avec les bailleurs de fonds et les fournisseurs de service comme les pharmaciens, les médecins et autres. Nous avons, par exemple, récemment collaboré avec des pharmaciens et des laboratoires pour les aider à produire des dépliants d'information sur les médicaments faciles à lire et à comprendre pour les familles et les clients.

La quatrième question concerne l'appui à la recherche en santé mentale et en toxicomanie — important enjeux dans notre société actuelle. Les ONG appuient la recherche de deux grandes façons. D'abord, les organisations peuvent aider financièrement les projets de recherche, ce que nous faisons à l'échelle nationale. Il existe un fonds de recherche en Colombie-Britannique et en Ontario. Nous pouvons assumer ce rôle indépendamment des autres mais aussi en partenariat avec d'autres organisations. Ainsi, la Société canadienne de schizophrénie entretient d'excellentes relations de travail avec les Instituts canadiens de recherche en santé. L'année dernière, nous avons investi 75 000 \$ à part égale avec les ICRS. Il s'agit-là d'un excellent vecteur de participation à la recherche pour les ONG.

Deuxièmement, les ONG peuvent appuyer la recherche en participant elles-mêmes au processus. Ainsi, nous pouvons participer à l'établissement de priorités pour les sujets qui méritent qu'on entreprenne des recherches. Nous pouvons participer à la préparation des questionnaires, aux commissions d'examen et à la diffusion des résultats au terme des recherches.

La cinquième question concerne la sensibilisation du public et la diminution de la discrimination et de la stigmatisation. Malheureusement, la schizophrénie est une des maladies mentales qui fait l'objet de la stigmatisation la plus importante. Les gens ne la comprennent pas et ils en ont peur. C'est très important pour nous, mais ça l'est tout autant pour tous ceux qui sont assis de ce côté de la table. Il existe bien des façons dont une ONG peut réduire la stigmatisation par le recours à une plus grande sensibilisation du public. Des bulletins de nouvelles, des sites Internet, des brochures et des manuels d'information clairs et précis sont autant de moyens efficaces pour communiquer des renseignements exacts et compréhensibles.

Par exemple, le site Internet de la Société canadienne de schizophrénie est visité environ 400 fois par jour. Certaines de nos publications, comme notre manuel, document très épais, sont téléchargées quelque 2 000 fois par mois. Ces ahurissant. Cela

It is staggering. This clearly demonstrates that accurate information is reaching numerous people across the country and around the world.

Another example is SSC's youth-oriented education program, entitled "Reaching Out: The Importance of Early Treatment." It consists of a video and teaching materials. It is now in 4,000 schools and mental health clinics across the country.

In British Columbia, this year, the Schizophrenia Society has received \$3.25 million for television and radio ads supporting changing public attitudes about schizophrenia.

In summary, NGOs have an important role to play in the key areas noted above. However, NGOs cannot continue to play this role and expand their level of service without the capacity to partner with governments on programs and initiatives or the opportunity to meaningfully participate in the decision-making process.

We encourage your committee to strongly recommend financial support from government, where appropriate, for NGO projects focusing on public awareness and education as well as improving services. We should also like to recommend that government facilitate opportunities for NGOs to sit at the table assisting with government policy committees that are related to legislation, policy or program issues. In that way, we can be meaningfully and directly involved in shaping legislation and programs for the individuals that we represent.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Gray. I am sure we will have many questions when the question period begins.

I will now turn to Ms. Marrett from the Canadian Mental Health Association.

[Translation]

Ms. Penny Marrett, Chief Executive Officer, Canadian Mental Health Association: Thank you very much for this opportunity to talk about mental health.

[English]

Mental health should be of concern to all, not just the mental health community. The Canadian Mental Health Association is pleased that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology is researching this issue in such depth.

The Canadian Mental Health Association is an active member of Canada's mental health community and accomplishes its mission of promoting the mental health of all in supporting the resilience and recovery of people experiencing mental illness through public policy development, education, advocacy, research and service. With a presence in over 135 communities

montre bien que les informations précises que nous diffusons sur cette maladie sont lues par un grand nombre de personnes, au Canada et dans le monde.

Je pourrais aussi vous donner l'exemple de notre programme d'information des jeunes intitulé «Porter secours». Il s'agit d'une vidéo et de documents pédagogiques qui ont été distribués à 4 000 écoles et cliniques de santé mentale au Canada.

La Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique a reçu 3,25 millions de dollars pour des publicités radiotélévisées destinées à provoquer un changement d'attitude chez les schizophrènes.

Pour résumer, je dirais que les ONG ont un important rôle à jouer dans les domaines clés que j'ai mentionnés. Cependant, nous ne pourrions continuer à jouer ce rôle et à augmenter notre niveau de service sans avoir la possibilité d'instaurer des partenariats avec les gouvernements autour de programmes et d'initiatives ou encore sans avoir la possibilité de participer utilement à la prise de décisions.

Nous exhortons votre comité à fortement recommander au gouvernement d'accorder un appui financier approprié aux projets des ONG axés sur la sensibilisation, l'information et l'amélioration du service. Nous recommandons également que le gouvernement donne davantage la possibilité aux ONG de siéger aux comités chargés d'établir les politiques et de s'exprimer sur les questions relatives aux lois, aux politiques et aux programmes. Ce faisant, nous pourrions directement et utilement participer à la formulation des lois et à la préparation des programmes destinés aux personnes que nous représentons.

La vice-présidente: Merci beaucoup, monsieur Gray. Je suis certaine que nous allons vous poser beaucoup de questions après les exposés.

Je cède maintenant la parole à Mme Marrett, de l'Association canadienne pour la santé mentale.

[Français]

Mme Penny Marrett, chef de la direction, Association canadienne pour la santé mentale: Je vous remercie pour l'invitation de vous entretenir cet après-midi au sujet de la santé mentale.

[Traduction]

La santé mentale doit être une préoccupation pour tous, pas uniquement pour ceux et celles qui oeuvrent dans ce domaine. L'Association canadienne pour la santé mentale se réjouit de voir que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie est en train d'étudier cette question en profondeur.

Notre association est un membre actif du milieu canadien de la santé mentale et elle s'acquitte de sa mission de promotion générale de la santé mentale en aidant les personnes à risque à résister à la maladie ou à s'en remettre, par le biais de politiques publiques et de programmes d'information, de promotion et de recherche, et par la prestation de services. L'Association

from coast to coast to coast, the Canadian Mental Health Association captures the wide-ranging issues and concerns affecting the mental health of the people of Canada.

[Translation]

The Canadian Health Association has five recommendations for your committee.

[English]

First, as a founding member of the Canadian Alliance on Mental Illness/Mental Health, the Canadian Mental Health Association is a strong supporter of the call by the alliance for a pan-Canadian strategy on mental illness/mental health. Without such a strategy, the people of Canada experiencing mental health problems will continue to lack the strategic and coordinated services they so rightly deserve.

Second, as you are aware, the premiers' council has indicated that community mental health is one of the council's top priorities. The Canadian Mental Health Association could not agree more. Its experience in communities across the country has shown the importance of community mental health as a critical component of the mental health continuum. The federal government must demonstrate its willingness to work with the premiers' council to achieve a comprehensive and coordinated community mental health system that crosses all boundaries.

Third, one of the challenges that Canada faces when developing strategies is the need to ensure that various populations are well served. It is critical that the federal government not forget the needs of children and youth, Aboriginals, women and new immigrants when developing a pan-Canadian strategy on mental illness/mental health. These populations are particularly vulnerable, and we must ensure their needs are considered throughout the process.

Fourth, suicide is a particularly tragic occurrence in this country. Canada's suicide rate is high. Over 4,000 people in Canada die by suicide each year. We must address this serious issue. The Canadian Mental Health Association believes that the best solution would be to ensure that there is a comprehensive and coordinated suicide-prevention strategy included in the pan-Canadian strategy on mental illness/mental health.

Last, consumers, families, friends, neighbours, colleagues and employers all alike need somewhere to turn for information, support, education and to become more actively involved. The voluntary sector in mental health provides an excellent avenue for the coming together of communities to address issues of concern. These issues are addressed through public policy development, education, advocacy, research and service. However, the voluntary sector of mental health cannot do its important work without resources. As part of the federal government's commitment to mental health, the government must also

canadienne pour la santé mentale, qui est présente dans plus de 135 collectivités d'un océan à l'autre, s'intéresse à toute la gamme des problèmes de santé mentale des Canadiennes et des Canadiens.

[Français]

L'Association canadienne pour la santé mentale a cinq recommandations pour ce comité.

[Traduction]

Tout d'abord, en qualité de membre de l'Alliance canadienne pour les maladies mentale et la santé mentale, notre association appuie fortement l'appel à mobilisation lancé par l'Alliance autour d'une stratégie pancanadienne en santé/maladie mentale. Sans une telle stratégie, les Canadiennes et les Canadiens souffrant de problèmes de santé mentale continueront à ne pas disposer de services stratégiques et coordonnés auxquels ils ont pleinement droit.

Deuxièmement, comme vous le savez, le Conseil des premiers ministres a indiqué que la santé mentale est l'une de ses principales priorités. L'Association canadienne pour la santé mentale est plus que d'accord avec cela. Son expérience un peu partout au Canada l'a amené à constater que l'intervention communautaire en santé mentale est un des éléments essentiels du suivi des soins dans ce domaine. Le gouvernement fédéral doit se montrer disposé à collaborer avec le Conseil des premiers ministres pour mettre en œuvre un système complet et coordonné en santé mentale communautaire, système échappant à toutes les lignes de démarcation.

Troisièmement, dans la formulation de ces stratégies, le Canada doit veiller à ce que les différentes populations soient bien servies. Il est fondamental que le gouvernement fédéral n'oublie pas les enfants et les adolescents, les Autochtones, les femmes et les nouveaux immigrants dans sa future stratégie pancanadienne sur la santé et la maladie mentale. Ces populations sont particulièrement vulnérables et nous devons veiller à tenir compte de leurs besoins dans ce processus.

Quatrièmement, le suicide est une grande tragédie au Canada. Le taux de suicide est élevé. Chaque année, plus de 4 000 Canadiens perdent leur vie à cause d'un tel acte. Nous devons nous attaquer à ce grave problème. L'Association canadienne pour la santé mentale estime que la meilleure solution consiste à inclure dans la stratégie pancanadienne pour la santé mentale et les maladies mentales une stratégie globale et coordonnée de prévention du suicide.

Enfin, clients, familles, amis, voisins, collègues et employeurs ont, à un moment ou à un autre, tous besoin d'information, d'appui et d'éducation et ils doivent participer plus activement à cette réalité. Le bénévolat en santé mentale est une excellente solution pour rassembler les collectivités afin de s'attaquer aux problèmes qui les préoccupent. Ces problèmes peuvent être réglés par une politique publique, par l'éducation, la promotion, la recherche et la prestation de services. Il demeure que, pour s'acquitter de cet important travail, le secteur bénévole de la santé mentale a besoin de ressources. Dans le cadre de son engagement

demonstrate its commitment to increasing the capacity of the voluntary sector in mental health to enable it to participate in public policy development and to provide the programs and services its constituents so urgently require.

Thank you again for this opportunity. Rest assured that the Canadian Mental Health Association is ready to assist you in your work in whatever way possible.

The Deputy Chairman: Thank you, Ms. Marrett.

Mr. Upshall is our next witness.

Mr. Phil Upshall, President, Mood Disorder Society of Canada: It is a real pleasure to be here with you today. I sit here as the president of the Mood Disorder Society of Canada, MDSC, and as a consumer to bring you a unique perspective in that regard. I want to say how wonderful it is to be able to appear before this august committee. We have provided the committee with a copy of our written presentation.

We had our institute advisory board committee meeting in Quebec City over the weekend. At that meeting, there was a representative who is the head of the mental health group within the World Health Organizations. He was saying that, unfortunately, mental health issues have fallen somewhat from the World Health Organization mandate, but he was specifically looking to countries such as Canada that are at the forefront of at least engaging in the discussion of what must be done. He is quite aware of the activities of the committee and certainly endorses it. He is willing to attend or provide you with whatever information he can from the global perspective. Your reputation is going far beyond the boundaries of Canada, as I am sure you know.

The Canada Health Act has as its primary objective Canadian health care policies to protect, provide and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers. The reality, however, is that in Canada the word "mental" and the word "barriers" seem to be forgotten frequently by our policy makers. It is something that I hope you will bear in mind as you move forward in your deliberations.

The Mood Disorders Society of Canada is relatively new non-governmental organization. It was formed in 1995 with a view to providing people with depression, bipolar disorders and other mood disorders a voice at the national level; since 2001 it has been registered as a charitable organization.

The opportunity to network among mood disorders provincial associations is something that has been sought for some time. We are happy to provide that platform. The MDSC is developing as a virtual NGO, having primarily contract employees across Canada, and is operating through the World

envers la santé mentale, le gouvernement fédéral doit aussi faire la preuve qu'il est déterminé à accroître la capacité du secteur bénévole de la santé mentale pour lui permettre de prendre part à la formulation des politiques publiques et d'offrir les programmes et services dont sa clientèle a un urgent besoin.

Encore une fois, merci de cette occasion de rencontre. Soyez assuré que l'Association canadienne pour la santé mentale est prête à vous aider dans vos travaux, dans toute la mesure du possible.

La vice-présidente: Merci, madame Marrett.

M. Upshall sera notre prochain témoin.

M. Phil Upshall, président, Société pour les troubles de l'humeur du Canada: Je suis très heureux de me trouver parmi vous aujourd'hui. Je me présente en qualité de président de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, la STHC, et en tant que client apte à vous donner un point de vue tout à fait unique à cet égard. Je trouve fantastique de pouvoir comparaître devant votre auguste comité. Nous vous avons fait remettre un exemplaire de notre mémoire.

Notre comité consultatif de l'institut a tenu sa réunion, le week-end dernier, à Québec. À cette occasion, nous avons accueilli le représentant d'un groupe de santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé. Il nous a déclaré que les questions de santé mentale échappent malheureusement en partie au mandat de l'OMS, mais que l'organisation se tourne vers des pays comme le Canada qui sont à l'avant-plan en matière d'engagement dans le genre de discussion qu'il faut tenir à ce sujet. Cette personne est au fait des activités du comité avec lesquelles elle est bien sûr d'accord. Elle est disposée à participer à vos travaux ou à vous faire part des informations qui pourraient vous être utiles pour obtenir un point de vue mondial. Votre réputation dépasse les frontières du Canada, comme vous le savez sans doute.

Les politiques en soins de santé, destinées à protéger, assurer et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiennes et des Canadiens et à faciliter un accès raisonnable aux services de santé sans obstacle financier ou autres constituent les principaux objectifs de la Loi canadienne sur la santé. En réalité, cependant, nos décideurs oublient souvent le qualificatif «mental» et le mot «obstacles». J'espère que vous ne les perdrez pas de vue durant vos délibérations.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada est un organisme non gouvernemental relativement jeune, puisqu'il a été créé en 1995 dans le dessein de donner une voix à l'échelon national à ceux et à celles qui souffrent de dépression, de troubles bipolaires et d'autres troubles de l'humeur. Elle a été enregistrée en tant qu'organisme de bienfaisance en 2001.

Depuis un certain temps déjà, les associations provinciales des troubles de l'humeur cherchent à collaborer dans le cadre d'un réseau. Nous sommes heureux de leur en donner l'occasion. La STHC a mis sur pied une ONG virtuelle qui compte essentiellement des employés à contrat, partout au Canada,

Wide Web. Our Web site is quite active and currently has a number of active forums and chat lines that we are quite happy to see used.

The Mood Disorder Society of Canada partners internationally with the Global Alliance on Mental Illness Advocacy Networks — GAMIAN-Europe — which is a voice primarily developed in Europe for national consumer voices. There are now over 70 national groups represented in that organization. We are proud to see the activities that they have undertaken, mainly in Brussels but also in their home countries.

We are also associated with the Depression and Bipolar Support Alliance in the United States, which is the largest self-help group in the U.S., with 20 million or more contacts per year. Our vice-president is the first non-American president of that organization. We think we are reasonably well connected.

I endorse the comments of the previous speakers this afternoon — however, I am somewhat more direct and a little more pointed in my comments than my diplomatic colleagues.

The reality is that mental health care appears nowhere on anyone's agenda at the federal level in a meaningful way. The Minister of Health, whom I hold in high regard, responded to a question earlier this week that appears in Hansard. I am sure senators have seen this, but I should like to read it into the record, if I may. Mr. Marcel Proulx asked the question:

Mr. Speaker, my question is for the Minister of Health. This week is Mental Health Week in Canada. Mental health indirectly affects everyone, whether it is through a parent, a friend or a colleague, regardless of age, education, revenue or culture.

What is the Government of Canada doing about mental health?

Without missing a beat, the Honourable Pierre Pettigrew responded:

Mr. Speaker, I thank the hon. member for his very important question. Along with all the provinces and territories across Canada, we are trying to find solutions to mental health issues. We have numerous programs in place to support this commitment. The Canadian Institutes of Health Research are currently investing over \$30 million in research relating to mental health.

Hon. members can show their support by visiting the National Gallery of Canada, where an exhibit entitled "Mindscape" is featuring works created by artists affected by mental illness. I had the opportunity to see it two days ago. It is very important. We must congratulate our artists.

pour exploiter son site Internet. Ce site est fréquemment visité et nous y administrons différentes tribunes et divers services de clavardage dont la popularité nous réjouit.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada a conclu des partenariats à l'échelle internationale avec la Global Alliance on Mental Illness Advocacy Networks — GAMAIAN-Europe — qui représente principalement les consommateurs des divers pays européens. Cette organisation compte actuellement plus de 70 groupes nationaux. Nous sommes fiers de voir les activités qu'elle a entreprises, surtout à Bruxelles, mais aussi dans les pays où résident les associations membres.

Nous sommes aussi associés avec la Depression and Bipolar Support Alliance des États-Unis, qui est le plus important groupe d'entraide dans ce pays avec plus de 20 millions de contacts par an. Notre vice-président est le premier président non américain de cette organisation et je pense donc pouvoir dire que nous sommes relativement bien branchés.

Je fais miennes les remarques des témoins qui m'ont précédé cet après-midi, mais je serai un peu plus direct et ostentatoire dans mes propos que mes diplomates de voisins.

Il faut dire que les soins en santé mentale n'apparaissent vraiment dans aucun projet du gouvernement fédéral. Le ministre de la Santé, pour qui j'ai le plus grand respect, a répondu à une question en Chambre qui lui a été posée un peu plus tôt cette semaine et qui a été publiée dans le harsard. Je suis certain que vous aurez vu ces échanges, mais permettez-moi de les lire pour le procès-verbal. C'est M. Proulx qui pose la question suivante:

Monsieur le Président, ma question s'adresse au ministre de la Santé. Cette semaine marque la Semaine de la santé mentale au Canada. La santé mentale touche indirectement tout le monde, que ce soit un parent, un ami ou un collègue, peu importe l'âge, le niveau d'instruction, le revenu ou la culture.

Que fait le gouvernement du Canada en matière de santé mentale?

Sans hésiter une seconde, voici ce que l'honorable Pierre Pettigrew lui a répondu:

Monsieur le Président, je remercie mon collègue pour cette très importante question. Avec les provinces et les territoires à travers le Canada, nous cherchons à régler les questions de santé mentale. Nous avons de nombreux programmes à l'appui de cet engagement, qui sont d'ailleurs en place. Les instituts de recherche en santé du Canada investissent actuellement plus de 30 millions de dollars pour la recherche liée à la santé mentale.

Les députés de cette Chambre peuvent manifester leur appui, en ce moment, en visitant au Musée des beaux-arts du Canada une exposition d'oeuvres produites par des personnes atteintes de maladie mentale intitulée «Vues de l'esprit». J'ai eu l'occasion de la visiter avant-hier. C'est très important. Il faut féliciter nos artistes.

It is an important art show, and wonderful to visit and something you should see, but it is hardly the stuff of national policy. The \$30 million from the CIHR includes neuroscience research. That is not particularly associated with the mental health issues such as schizophrenia, depression, bipolar illness and others that people deal with. The reality is that Health Canada has no major champions from the top or the bottom that are prepared to deal with issues of mental health.

In our written brief, I comment that no Canadian Prime Minister or leading cabinet minister has ever acknowledged the size of the burden of mental illness on the health system in Canada, or on the lives of individual Canadians or their families. There is a list there of things the government has not done. That is not withstanding the fact that the Justice, Human Rights, Public Safety and Emergency Preparedness Committee in the other place pointed out the horrendous conditions that people with mental illnesses suffer in our correctional institutions. It is not hundreds, it is thousands, of people who are entitled to mental health care but are denied it deliberately. There is absolutely no doubt that there is recognition that these people are entitled by virtue of the Canada Health Act and the legislation governing Corrections Canada to have good mental health care whether incarcerated or not. They are denied it, because if it were provided to them it would bankrupt the provincial mental health care systems. What a tragedy for Canada; what a black mark.

The Senate Subcommittee of Veterans Affairs has commented twice about the lack of attention paid to the mental health of our Armed Forces — another true tragedy.

The House of Commons Standing Committee on Health has done absolutely nothing with regard to mental health. The standing committees in both Houses have commented on the lack of adequate mental health services for Aboriginal populations, homeless populations and other significantly marginalized groups in Canada.

It is only recently that a positive response has been made to issues with regard to mental health when Finance Canada undertook its review of the disability tax credit; but that did not occur without a legal requirement to do so.

Unique characteristics relate to our NGOs in Canada that deal with mental illness and mental health issues. With de-institutionalization, the great mantra was that we would close these thousands and thousands of provincial psychiatric hospital beds and move people into a continuum of care that is community-centred. It was a beautiful philosophy, one that I do not think anyone around this table would disagree with. However, the reality is that thousands of hospital beds were closed and the provinces diverted the money, I suspect deliberately, to more well-advocated activities. As a result, we got them all dumped out and NGOs, such as CMHA, MDSC, the

Il est vrai que c'est une exposition d'art importante et très intéressante à voir, mais on peut difficilement l'assimiler à une politique nationale. Les 30 millions de dollars des IRSC portent notamment sur la recherche en neuroscience. Ce financement n'est pas particulièrement destiné au dossier en santé mentale, comme la schizophrénie, la dépression, les troubles de la bipolarité et d'autres problèmes du genre. En réalité, Santé Canada n'a pas de véritable champion au sein de sa hiérarchie qui soit prêt à défendre le dossier de la santé mentale.

Dans mon mémoire, je précise que, jusqu'ici, aucun premier ministre du Canada ou ministre influent du Cabinet n'a reconnu l'ampleur du fardeau que fait peser la maladie mentale sur le système de soins de santé au Canada ou sur la vie des Canadiennes et des Canadiens et de leurs familles. Il existe toute une liste de choses que le gouvernement n'a pas faites. Et cela, c'est sans tenir compte du fait que le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a reconnu les conditions horribles dans lesquelles se trouvent les personnes incarcérées dans nos établissements correctionnels. Ce ne sont pas des centaines, mais plutôt des milliers de personnes à qui l'on refuse délibérément les soins de santé mentale auxquels elles auraient droit. Nul ne conteste le fait que ces gens-là auraient droit à des soins de qualité en santé mentale, qu'ils soient incarcérés ou pas, en vertu des dispositions de la Loi canadienne sur la santé et de la loi régissant les services correctionnels. Or, on leur refuse ces soins parce que si on les leur dispensait, ils mettraient en faillite les systèmes provinciaux de soins de santé mentale. C'est une tragédie pour le Canada, une tache à son dossier.

Le Sous-comité sénatorial permanent des anciens combattants a commenté à deux reprises le manque d'attention accordée aux questions relatives à la santé mentale au sein des Forces armées canadiennes — ce qui constitue une autre grande tragédie.

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes n'a absolument rien fait dans le dossier de la santé mentale. Des comités permanents de la chambre haute et de la chambre basse ont commenté la pénurie de services de soins de santé mentale dans les cas des Autochtones, des sans-abri et des autres groupes marginalisés du Canada.

Ce n'est que récemment que le ministère des Finances du Canada a pris des mesures positives en ce qui concerne la santé mentale en revoyant le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Cependant, il a fallu attendre qu'il soit contraint de le faire par un tribunal.

Les ONG canadiennes qui travaillent dans le domaine des maladies mentales et de la santé mentale présentent des caractéristiques uniques. À l'époque de la désinstitutionnalisation, l'ordre du jour était à la fermeture de milliers de lits d'hôpitaux psychiatriques dans les provinces et au transfert des patients à un réseau de soins communautaires. Sur un plan philosophique, l'idée était séduisante et je ne pense pas que qui que ce soit autour de cette table soit en désaccord avec cela. Cependant, dans les faits, on a fermé des milliers de lits d'hôpitaux et les provinces ont détourné les fonds qu'elles ont récupérés — et je crois qu'elles l'ont fait de façon délibérée — vers des activités mieux défendues.

Schizophrenia Society and others, have mandates to help deliver those services. At the same time that we were supposed to help, the funding was withdrawn not only from the health care continuum but also from the support of the NGO community. That was hardly a fair or effective way to proceed.

NGOs in the mental health and mental illness community are part of the primary health care delivery system. In looking at community care, you are looking at NGOs, primarily. In looking at primary care for physical illnesses, you are looking primarily to hospitals and hospital-based activities. That is the first distinction.

The other distinctions are set out in my paper, so I will not speak to them here, other than to indicate that the NGOs today need the support of the federal government if they are to complete their mandates and if the federal government takes their mandates seriously.

The recommendations that I have made on behalf of the Mood Disorder Society of Canada are in my brief. I will not read them into the record. I am sure you have had the opportunity to read them. We do support the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health's brief to this committee last July and all of the recommendations contained therein. We do support the Canada Health Act as it ought to be interpreted, which means available to all Canadians, including people with mental health issues.

It is our hope that you seriously consider our recommendations as they relate to deliberate planks in a national strategy. We do not think that they are overly difficult to attain. From our perspective, an interdepartmental committee at the deputy minister level would be appropriate; a blue-ribbon panel to monitor its activities and to evaluate and do results-based management considerations is doable; and a \$50-million funding envelope with research support is doable.

Thank you for the opportunity to appear before the committee. I will be happy to answer questions.

The Deputy Chairman: Thank you, Mr. Upshall.

Mr. McLean, please proceed.

Mr. Peter McLean, Vice-President, Anxiety Disorders Association of Canada: The Anxiety Disorders Association of Canada appreciates the opportunity to share our concerns and recommendations with you.

I will take the liberty of coming at this a bit differently because anxiety disorders are largely misunderstood and, functionally speaking, the Canada Health Act is largely irrelevant to sufferers of anxiety disorders. I think it might help to understand why.

Résultat: ce sont les ONG, comme la CSM, la STHC, la Société pour la schizophrénie et d'autres, qui ont pour mandat de contribuer à la prestation de ces services. D'un autre côté, tandis que nous étions censés contribuer à la solution, le gouvernement a coupé son financement qui permettait non seulement d'assurer le continuum des soins mais aussi d'aider le milieu des ONG. On ne peut pas vraiment parler ici d'une manière équitable ou efficace de fonctionner.

Les ONG du secteur de la santé mentale et des maladies mentales font partie du système des soins de santé primaires. Quand on pense aux soins communautaires, on pense principalement aux ONG. Dans le cas des soins primaires pour les maladies physiques, ce sont surtout les hôpitaux et les activités hospitalières qui sont concernés. Voilà pour la première distinction.

Mon document présente les autres distinctions et je ne vais donc pas vous en parler, si ce n'est pour vous dire que les ONG qui se présentent aujourd'hui devant vous ont besoin de l'appui du gouvernement fédéral pour pouvoir s'acquitter de leurs mandats, si le gouvernement fédéral prend cela au sérieux.

Les recommandations que j'ai à faire au nom de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada apparaissent dans mon mémoire. Je ne vous les lirai donc pas. Je suis certain que vous avez eu la possibilité d'en prendre connaissance. Nous appuyons le mémoire présenté en juillet dernier à ce comité par l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale ainsi que toutes les recommandations qu'il contient. Nous appuyons aussi l'interprétation qu'il convient de donner à la Loi canadienne sur la santé qui doit absolument s'appliquer à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes, notamment à ceux et celles qui souffrent d'une maladie mentale.

J'espère que vous prendrez au sérieux nos recommandations qui vont résolument dans le sens d'une stratégie. Nous ne pensons qu'elles seront particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Nous estimons qu'il conviendrait de mettre sur pied un comité interministériel à l'échelon de sous-ministre, un groupe d'experts qui serait chargé de contrôler ces activités, de les évaluer et d'administrer en fonction des résultats à atteindre; par ailleurs, il est tout à fait envisageable de débloquer une enveloppe de 50 millions de dollars.

Merci de nous avoir invités à témoigner devant le comité. Je serais heureux de répondre à vos questions.

La vice-présidente: Merci, monsieur Upshall.

Monsieur McLean, vous avez la parole.

M. Peter McLean, vice-président, Association canadienne des troubles anxieux: L'Association canadienne des troubles anxieux apprécie l'occasion que vous lui donnez de venir vous faire part de ses préoccupations et recommandations.

Je prendrai la liberté d'aborder la question de façon un peu différente, parce qu'on comprend généralement très mal les troubles anxieux et que, sur un plan purement fonctionnel, la Loi canadienne sur la santé n'est pas du tout adaptée à ceux qui sont atteints de cette maladie. Je pense qu'il serait utile que vous compreniez pourquoi.

Anxiety disorders happen to be the most prevalent group of mental disorders. About 2.2 per cent of Canadians have a chronic anxiety disorder, and 1.2 per cent have a very severe — that is, disabling — anxiety disorder. Those are significant numbers. Anxiety disorders are the most invisible of all mental disorders. These folks behave themselves. They are cognitively intact, if you will pardon the expression. They are embarrassed, ashamed, and they fake it socially, so who would know? Even trained people have a hard time knowing. Family physicians only identify it 50 per cent of the time.

People who suffer from anxiety disorders are also, by all accounts, the most treatable. There are two evidence-based treatments that are used — that is, a pharmacological treatment and a psychosocial treatment called cognitive behaviour therapy. Hence, we have the least known, least identified and most treatable of the mental disorders in sharp contrast here.

They are also the most overlooked for, I think, a variety of reasons. For example, the mental health managers who run our health authorities across Canada should know these things. They should know what the prevalence rate is; they should know about the frightening economic impact. Most economic studies show approximately \$4,000 per person with an anxiety disorder, per year, in terms of direct medical costs, which is slightly larger than productivity costs, should the person be employable.

Most anxiety disorders are untreated. Importantly, untreated anxiety disorders in children provide an incubator effect for downstream or subsequent depression, alcohol abuse and smoking. Therefore, there is some leverage effect here by early intervention.

Hence, one would think that our health managers, and planners and our policy people, at least at the health authority level, would know this. However, they are not driven by market forces. Consequently, mental health treatment is optional in most jurisdictions. Money that should be targeted goes to the health authorities to spend as they see fit. In the push and pull of the drama of physical versus mental, physical usually gets it. In the push and pull of mental health, anxiety disorders are the last to get it. That has been the history.

There is no proportion to the rate of disability or the treatability of disorders, or any other logical investment guide. There appears to be system indifference, if not discrimination.

Les troubles anxieux constituent les troubles mentaux les plus répandus. Près de 2,2 p. 100 des Canadiens sont atteints de troubles anxieux chroniques, tandis que 1,2 p. 100 d'entre eux ont des troubles de la même nature, mais graves au point qu'ils sont invalidants. Il s'agit donc de proportions importantes. Les troubles anxieux sont les plus invisibles de tous les troubles mentaux. Les gens qui en sont atteints se comportent à peu près normalement. Leurs facultés cognitives sont intactes, si je puis m'exprimer ainsi. Ils sont gênés, honteux et, en société, ils donnent si bien le change qu'on ne sait pas qu'ils en sont atteints. Même les professionnels entraînés ont de la difficulté à déceler cette maladie. Les médecins de famille ne la diagnostiquent que dans 50 p. 100 des cas.

Les personnes qui souffrent de troubles anxieux sont également, et de loin, celles qu'il est le plus facile à guérir. Deux traitements fondés sur des résultats cliniques et scientifiques sont utilisés; il s'agit d'un traitement pharmacologique et d'un traitement psychologique appelé thérapie cognitivo-comportementale. Nous avons donc affaire au trouble mental qui est le moins connu, le moins souvent diagnostiqué et le plus facilement traitable de tous.

Il s'agit aussi de l'état le plus négligé, selon moi, pour toute une diversité de raisons. Par exemple, les administrateurs des services de santé mentale, qui administrent nos autorités sanitaires partout au Canada, devraient connaître ce genre de chose. Ils devraient savoir quel est le taux de prévalence de cette maladie; ils devraient être au courant des répercussions économiques effrayantes de ces troubles. Selon la plupart des études économiques, il en coûterait environ 4 000 \$ par personne et par an en frais médicaux directs pour traiter ceux et celles qui sont atteints de troubles anxieux, soit un peu plus que les coûts de productivité, dans le cas d'un client apte à travailler.

La plupart des troubles anxieux ne sont pas traités. Pire encore, quand ils ne le sont pas chez les enfants, ils sont une source d'effets subséquents ou de dépressions secondaires, d'une consommation excessive d'alcool et de tabagisme. Dès lors, une intervention précoce chez ce genre de patient permet de limiter les répercussions à long terme.

On aurait donc pu croire que nos administrateurs de la santé, nos planificateurs et nos décideurs, du moins dans les régions de la santé, sont au courant de tout cela. Cependant, comme ils n'obéissent pas aux forces du marché, les traitements en santé mentale sont facultatifs dans la plupart des provinces. Les fonds qui devraient être ciblés aboutissent dans les caisses des régions de la santé qui les utilisent comme bon leur semble. Dans le tiraillement entre maladies physiques et maladies mentales, ce sont généralement les premières qui l'emportent. Et dans les luttes au sein du système de santé mentale, ce sont généralement les troubles anxieux qui passent en dernier. C'est ainsi que les choses se passent.

L'investissement n'est pas fonction d'un rapport entre le taux de maladies et la traitabilité des troubles et il n'existe aucun autre guide logique en la matière. Il semble que le système soit

That is the background. That is why the Anxiety Disorders Association of Canada was developed three years ago, and is now a vigorous organization.

Moving over to new directions, we strongly support, in principle, as have many of your other witnesses have today and elsewhere, the recommendation for federal leadership in the development of a national plan for mental health. We are not, however, at all confident that other measures, such as increasing public information, more research, federal monitoring or policy changes in the primary physician level, for example, will make things significantly better for those with anxiety disorders. For example, why increase public awareness if there is a treatment capacity problem, if you cannot do anything about it?

Specifically, we have three broad recommendations that we would like you to consider. One is that we recommend only evidence-based assessment and treatment services in our universal system be paid for on the public purse. It simply makes no sense that, in 2004, people should be able to bill for what they think they would like to do, regardless of outcome, regardless of guidelines by professional organizations that have looked at this from the perspective of an evidence-based treatment. We need to have evidence-based treatments, flat out and exclusively on the public purse.

I shall read a sentence or two from the brief that we submitted: "The system's tolerance for low-quality standards in knowledge and skill for mental health practitioners in Canada has the effect of prolonging illness, discouraging patients from publicly funded services and allowing practitioners to deliver well-meaning but ineffective treatments at public expense." That is the rationale behind moving toward evidence-based treatments.

Another example of the lack of that is the use of paediatric prescriptions for anti-depressants, which is an off-label practice, not evidence-based. It is widely used and has come to your attention recently, I am sure. Fortunately, in some jurisdictions, there are changes. I am delighted that, in British Columbia, for example, where I am from, the Ministry of Children and Family Development is systematically upscaling its clinical workforce in evidence-based treatments, which is most refreshing.

The second recommendation we would like to offer for your consideration is that we would like to see the provision of patient choice, by directly funding non-medical, psychological, psychosocial treatments, if necessary, on a restricted basis, to ensure treatment standards and cost offset. Right now, in

indifférent, pour ne pas dire discriminatoire. C'est sur cette toile de fond qu'a été créée, il y a trois ans, l'Association canadienne des troubles anxieux qui est maintenant une organisation très dynamique.

À l'heure où nous prenons d'autres orientations, nous sommes tout à fait d'accord, en principe — comme bien d'autres témoins ici, aujourd'hui et avant nous — avec la recommandation voulant que le gouvernement fédéral assume le leadership dans l'élaboration d'un plan national en santé mentale. Cependant, nous ne croyons pas que les autres mesures, comme une meilleure information du public, davantage de recherches, l'exercice d'un contrôle par le gouvernement fédéral ou des changements de politique en ce qui concerne les médecins dispensateurs de soins primaires, par exemple, changeront grandement les choses dans le cas des personnes atteintes de troubles anxieux. Pourquoi, par exemple, sensibiliser davantage le public si nous nous heurtons à un problème de capacité au niveau des traitements et si l'on ne peut rien faire ensuite?

Nous souhaitons soumettre trois grandes recommandations à votre analyse. D'abord, nous recommandons que seuls les services de traitement et d'évaluation fondés sur des résultats cliniques et scientifiques soient remboursés par le système public, dans le cadre de notre réseau universel de soins de santé. Il est tout à fait illogique qu'en 2004, des gens soient en mesure de facturer ce qu'ils veulent, sans égard aux résultats, sans égard aux directives des organisations professionnelles fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. Seuls les traitements fondés sur de tels résultats cliniques et scientifiques doivent être payés par le système public.

Je vais vous lire une phrase ou deux extraites du mémoire que nous vous avons soumis: «La tolérance du système envers l'existence de normes inférieures en matière de connaissance et de compétence chez les professionnels de la santé mentale au Canada a pour effet de prolonger la maladie, de décourager les patients de se tourner vers les services publics et de permettre aux professionnels d'ordonner, avec la meilleure intention du monde, des traitements inefficaces aux frais des caisses de l'État.» Voilà pourquoi nous insistons pour que l'on applique des traitements fondés sur des résultats cliniques et scientifiques.

Un autre exemple où ce genre de traitement fait défaut nous est donné par la prescription d'antidépresseurs en dose pédiatrie d'après les prétentions des produits et non d'après des résultats cliniques et scientifiques. Or, cette pratique est très répandue et je suis certain qu'elle vous a été récemment signalée. Heureusement, certaines provinces ont décidé de changer les choses. Je suis ravi, par exemple, qu'en Colombie-Britannique d'où je viens, le ministère du Développement de l'enfance et de la famille forme systématiquement le personnel clinique aux traitements fondés sur des résultats cliniques et scientifiques, ce qui est particulièrement réconfortant.

Deuxièmement, nous voulons vous recommander de donner le choix au patient, que ce soit par des traitements non médicaux, psychologiques ou psychosociaux qui seraient au besoin directement financés, mais dans certaines limites, pour garantir les normes de traitement et compenser les coûts. Au Canada pour

Canada, patients do not have a choice of practitioner, unlike the United States. They are forced largely into medical treatment, because that is what the Canada Health Act supports. What this means, in practice, is that an individual pretty much gets a pharmaceutical intervention, because it is primarily dispensed by family physicians, who largely are not trained in psychosocial methods.

This is not entirely a bad thing, because pharmaceutical treatments can be very effective, although they are not always the treatment of choice in anxiety disorders. The problem is that the informed patient has no choice. In the system, they are denied.

I will give you an example. At the University of British Columbia, I work in the anxiety disorders area, specifically, obsessive compulsive disorder. These folks often end up in hospital because they become depressed, reactive to the untreated OCD — 1,500 bed days a year in British Columbia. Many of these people end up on disability in their parents' basement. It has a very early onset, and there is an average length of interval between onset of symptoms and effective care in Canada and the United States of 17 years. This is documented.

It is very difficult to get funding for this. What happens in British Columbia is that if an individual who has the right connections can get sent out of the country for treatment in the United States. Getting that data and presenting it to mental health folks at the government level has not been successful, because most of the health authorities do not care. They do not care because they do not pay for it anyway. It comes out of a central funding source.

We have been trying to repatriate those dollars. If there is one thing that you could do for anxiety disorders, it would be to ensure funding of regional daycare programs for OCD. Office treatment is not enough and hospitalization is rarely necessary. What is necessary is to have a dose-response relationship, which can occur in a daycare program. In any event, that is just offered as an example.

The third recommendation we wish to bring to your attention is that the system itself needs incentives across mental health disorders, not just anxiety disorders — incentives or guidelines for cost-effective management practices.

For example, as someone said in previous days, the hot area of intervention should be, by all accounts, children, because it is easy to influence them in a school-based program and they are a risk factor, if they have anxiety disorders, for subsequent disorders and the like. I do not think education will fund it, but health care could in cooperation with education. There have been some exciting efficacy studies done in Australia

l'instant, les patients ne peuvent choisir leur médecin, contrairement à ce qui se fait aux États-Unis. Ils sont essentiellement contraints d'opter pour des traitements médicamenteux, parce que c'est ce que prévoit la Loi canadienne sur la santé. En pratique, cela veut dire que le patient est obligé de prendre un traitement pharmaceutique, parce que c'est son médecin de famille qui le lui recommande, lequel n'est pas vraiment formé aux méthodes de traitement psychosocial.

Ce n'est pas vraiment mauvais, parce que les traitements médicamenteux peuvent être très efficaces, même s'ils ne constituent pas toujours le traitement de choix pour les troubles anxieux. Le problème c'est qu'un patient informé n'a pas de choix. Dans le système actuel, on lui refuse d'autres formes de soins.

Je vais vous donner un exemple. À l'Université de la Colombie-Britannique, je travaille dans le domaine des troubles anxieux et plus précisément des troubles obsessionnels-compulsifs. Les patients atteints de cet état se retrouvent souvent à l'hôpital — parce qu'ils sont déprimés et qu'ils réagissent à ce genre d'état s'il n'est pas traité — si bien qu'ils occupent 1 500 lits-jour par an en Colombie-Britannique. Nombreuses sont ces personnes à finir invalides dans le sous-sol de leurs parents. L'installation de la maladie est très longue, puisque le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et la nécessité de dispenser des soins est de 17 ans. On l'a constaté et documenté au Canada et aux États-Unis.

Il est très difficile d'obtenir un financement à cet égard. En Colombie-Britannique, la personne qui a les bons contacts peut être envoyée aux États-Unis pour se faire traiter. Nous n'avons pas abouti dans notre démarche de présentation des données aux responsables fédéraux de la santé mentale, parce que rares sont ceux qui se préoccupent de ce problème. Ils ne s'en préoccupent pas parce qu'il ne leur coûte rien. Les fonds proviennent d'une caisse centrale.

Nous avons essayé de rapatrier les budgets en question. Vous pourriez faire une chose pour les patients atteints de troubles anxieux: veiller à financer les programmes de soins de jour dans les régions pour les obsessionnels-compulsifs. Le traitement au niveau des cabinets de médecin est insuffisant et l'hospitalisation est rarement nécessaire. En revanche, il faut établir une relation dose-réponse, ce qui peut se faire dans le cadre d'un programme de soins de jour. De toute façon, ce n'était là qu'un exemple.

Troisièmement, nous voulons vous recommander d'inclure des incitatifs dans le système, pour tous les troubles de santé mentale, pas uniquement pour les troubles anxieux — des incitatifs ou des directives pour favoriser les pratiques de gestion rentables.

Par exemple, comme quelqu'un vous l'a dit l'autre jour, nous devrions axer l'essentiel de nos interventions sur les enfants, parce qu'il est facile de les influencer dans le cadre de programmes scolaires et qu'ils risquent de développer d'autres maladies en aval s'ils souffrent déjà de troubles anxieux. Je ne pense pas que le système d'éducation va financer ce genre de programme, mais les soins de santé pourraient s'en occuper en collaboration avec le

and now in Canada that would support this as a form of intervention, both universally and in targeted populations, where teachers and parents identify kids who appear to be at risk.

We need to, I would suggest, on behalf of our organization, allocate financial resources as a function of cost to the system. If, for example, mental health costs X of health care, X proportion of resources should be allocated to mental health. That is not the way it works. Similarly, with CIHR, there should be some relationship between the cost of mental health disorders that are researched and their societal impact. That is not a consideration for that organization.

With respect to the health authorities, in British Columbia, for example, we spend approximately \$800 million per year, including — for all mental health — hospital care. Of that, there is virtually no direct program costs for anxiety disorders. We have an anxiety disorder clinic in British Columbia with 1.2 clinicians. That is it for the province. Obviously, it is not meaningful. What I am suggesting is that, if you have \$800 million and if you know the prevalence rates for severe and chronic mental illness, and you know the treatment response or some other meaningful measure, why not have some representation, some guideline, that would reasonably co-relate? Right now, there is absolutely nothing for anxiety disorders for all the reasons we have mentioned.

Finally, we would like to advocate the practice of private-public partnerships. In our opinion, that will breed competition, which will breed innovation, and it would go a long way to help communities and provinces develop novel ways of approaching the difficulties that anxiety disorder sufferers face. What is lacking is the will to move away from a monopoly that is ill-served. The monopoly is doing what monopolies do. Prices go up. Services stay pretty much the same, if you are lucky. We would like to suggest some proliferation of three-P arrangements in a funded and supervised manner.

The Deputy Chairman: Thank you Mr. McLean.

Honourable senators, I have a copy of the brief Mr. McLean was referring to; I will make sure that you are provided with a copy after the meeting.

Before I turn to my colleagues, there was something you said, Mr. Upshall, that tweaked my interest when you referred to the Canada Health Act, when you used words “as it ought to be interpreted.” My thought at the time was that it would be good for you to further expand what you meant by that.

réseau de l'éducation. Plusieurs études très intéressantes de l'efficacité ont été réalisées en Australie et, récemment, au Canada, études qui confirment le bien-fondé qu'il y a d'intervenir de façon précoce, auprès de la population en général mais aussi auprès de populations cibles, c'est-à-dire auprès des enfants chez qui les parents ou les enseignants ont détecté un risque de maladie.

Je me dois, au nom de notre organisation, de vous demander d'affecter des ressources financières en fonction des coûts que cela représente pour le système. Par exemple, si les coûts de la santé mentale représentent un pourcentage X des coûts des soins de santé, il faudrait leur allouer la même proportion en ressources. Or, ce n'est pas ainsi que les choses fonctionnent actuellement. Dans le même ordre d'idée, les ICRS devraient établir un lien entre les coûts que représentent les troubles de santé, dans les programmes de recherche, et l'impact des résultats de la recherche sur la société. Ce n'est pas là un aspect qui concerne de près notre organisation.

S'agissant des régies de la santé, il faut savoir qu'en Colombie-Britannique, par exemple, nous dépensons environ 800 millions de dollars par an pour l'ensemble de la santé mentale, notamment en soins hospitaliers. Ce budget ne sert presque pas à payer les coûts directs des programmes destinés au traitement des troubles anxieux. Nous avons une clinique des troubles anxieux où travaillent deux cliniciens. C'est tout pour la province. Ce n'est évidemment pas assez. À partir d'un budget de 800 millions de dollars, connaissant les taux de prévalence des maladies mentales graves et chroniques, connaissant également les réactions au traitement et d'autres données utiles, pourquoi alors ne pas établir une juste répartition d'après des lignes directrices? Pour l'instant, les troubles anxieux ne reçoivent strictement rien pour les raisons que je viens de vous citer.

Enfin, nous voulons recommander l'instauration de partenariats entre pratique privée et pratique publique. Selon nous, cela stimulera la concurrence et l'innovation, et nous permettra de faire beaucoup pour aider les collectivités et les provinces à adopter de nouvelles approches pour niveler les difficultés auxquelles se heurtent les personnes souffrant de troubles anxieux. Ce qui manque, c'est la volonté de tourner le dos à un monopole dysfonctionnel. Ce monopole ressemble à tous les autres: les prix augmentent et les services demeurent à peu près les mêmes, si l'on a de la chance. Nous prêchons en faveur d'un élargissement des modalités axées sur les trois P, suivant des mécanismes financés et supervisés.

La vice-présidente: Merci, monsieur McLean.

Honorables sénateurs, j'ai ici un exemplaire du mémoire dont M. McLean parlait et je vais veiller à ce qu'on vous en remette une copie après la séance.

Avant de céder la parole à mes collègues, vous avez dit une chose, monsieur Upshall, qui m'a interpellé; c'est quand vous avez parlé de «l'interprétation qu'il convient de donner» à la Loi canadienne sur la santé. En entendant cela, je me suis dit qu'il faudrait vous inviter à vous expliquer davantage à ce sujet.

That may be the crux of the matter in dealing with the Canada Health Act. I would appreciate if you could enlarge on that statement.

Mr. Upshall: I would be happy to. The issue for me, for the Mood Disorders Society of Canada and for the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, is that the Canada Health Act is paraded around the country by our significant politicians as the crowning glory of Tommy Douglas' efforts and others. It provides — they say — for equal access to all Canadians. As you noted, it talks about mental health and reduction of barriers.

The reality, however, is that with respect to physical health care there is no problem identifying under the Canada Health Act, and the federal government acknowledges that. With regard to mental health services, on the other hand, Health Canada in particular is the proponent of the argument that mental illnesses and services related to them are primarily and solely the responsibility of the provinces. As a result of that suggestion or departmental policy, they have demoted and reduced the status of mental illness within Health Canada to a mental health promotion unit led by a very capable individual, but really far below the ADM or DM level.

The most recent involvement we have had with the issue occurred last December, when a patient — and I am sure you read about this — Laura, a student at Carleton University, had a significant issue with regard to clinical depression. She was entitled to be hospitalized, notwithstanding the fact that she came from Alberta. She was in the hospital receiving treatment when all of a sudden, during the course of her treatment, she was presented with a bill and told that she should get out. This is a very difficult situation.

The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health undertook some advocacy on the issue because it was such a disgraceful situation, totally unbecoming of any provincial health ministry, let alone the Ministry of Health in Ontario, which is espousing advanced mental health reform initiatives, which I am sure you are aware of, and the Government of Alberta, which constantly suggests that it is a leader in the subject.

The initial reaction by the Alberta Minister of Health was that Alberta was not paying. However, he then said that they would pay but that the individual would have to come back and complete her treatment in Alberta. Finally, he said, after some advocacy efforts were undertaken, the minister agreed to pay for Laura's treatment in Ontario, thereby allowing her to stay in school. That would never have happened with any other health care issue.

A delegation of CAMIMH members met with Minister McLellan's staff and a representative from Health Canada, who was engaged in interpreting and dealing with the Canada Health Act. The response we got was very clear, black and white: "Take a

C'est peut-être le nœud du problème dans la façon dont on aborde la Loi canadienne sur la santé. J'aimerais que vous précisiez votre raisonnement.

M. Upshall: J'en serai heureux. À la façon dont nous voyons les choses, à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et à l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale, nous estimons que nos politiciens nous présentent la Loi canadienne sur la santé comme étant le couronnement des efforts déployés par Tommy Douglas et d'autres. Ils nous disent qu'elle impose l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les Canadiens. Vous avez remarqué qu'il est question de santé mentale et d'élimination des obstacles.

En réalité, il n'y a aucun problème dans le cas des soins de santé physique visés par la Loi canadienne sur la santé et le gouvernement fédéral l'a admis. En revanche, il en va tout autrement pour les services de santé mentale, puisque Santé Canada en particulier maintient que les maladies mentales et les services les concernant incombent principalement voire uniquement aux provinces. Se fondant sur ce raisonnement ou sur la politique ministérielle, les autorités ont abaissé le statut de la maladie mentale à Santé Canada au rang d'unité de promotion de la santé mentale dirigée par une personne très compétente, par ailleurs, mais dont le niveau est très inférieur à celui de SMA ou de SM.

Le dernier incident qui s'est produit à ce sujet remonte à décembre dernier — et je suis sûr que vous aurez lu cela dans la presse — après qu'une patiente nommée Laura, étudiante à l'Université Carleton, a eu de graves problèmes à cause d'une dépression clinique. Elle a pu être hospitalisée, même si elle venait d'Alberta. Pendant son hospitalisation, en plein milieu de son traitement, on lui a soudainement présenté une facture et on lui a dit qu'elle devait sortir. C'est là une situation très délicate.

L'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale est alors intervenue publiquement à ce sujet parce que cette situation était honteuse et totalement déplacée de la part d'un ministère provincial de la Santé. Pis encore, il s'agissait du ministère de la Santé de l'Ontario, province qui adhère aux initiatives de réforme en santé mentale, comme vous le savez sans doute, et du gouvernement de l'Alberta qui prétend régulièrement être un chef de file en la matière.

Le ministre albertain de la Santé a commencé par dire que la province ne paierait pas. Toutefois, il s'est repris pour déclarer que la province paierait mais que la patiente devrait rentrer en Alberta pour y poursuivre ses traitements. Enfin, après toutes les démarches que nous avons entreprises, le ministre a déclaré qu'il serait prêt à payer pour les traitements de Laura en Ontario, ce qui allait lui permettre de poursuivre ses études. Cela ne se serait jamais produit dans le cas d'une maladie physique.

Une délégation des membres de l'ACMMSM a rencontré le personnel du cabinet de Mme McLellan et des représentants de Santé Canada qui se sont mis à interpréter la Loi canadienne sur la santé. On nous a donné une réponse claire, noir sur blanc:

hike. We will not involve ourselves with any amendments to the Canada Health Act or any attempt to clarify it.” That was a stunning comment to me, and, really, very disappointing.

We wrote letters to the various ministers of health across the country. Of those who deemed it appropriate to respond — three — the most interesting one came from the province of British Columbia. We were told by the B.C. director: “Rest assured, we will not at this time or any time in the near future undertake a redefinition of the word ‘hospital’ within the meaning of the Canada Health Act.” Again, this is another indication that mental health issues are not particularly significant.

You know the background on the provincial psychiatric hospitals and how they were excluded principally and continue to be excluded from the Canada Health Act. However, most of them have been closed, so there is no argument about who pays for those, but there certainly is a the willingness of the provincial and federal authorities to collaborate on the denial of mental health services to Canadians in every province. To my mind, in the 21st century, this is beyond my ability to understand.

That is the background and the context within which I suggest to you that we have a two-tier system in Canada, physical health and mental health. Mental health is not on any tier that I know of, and physical health is. I hope that answers your question.

The Deputy Chairman: Thank you for that. It brings back the word “stigma” again. As you say, no other illness would have been treated in that way. Therefore, the Canada Health Act stigmatizes this illness and puts it into a silo that they do not think they are responsible for.

Senator Callbeck: My questions will relate to financial resources. There is no question that we have to spend more money in this area — an area that always tends to get pushed aside.

Mr. Upshall, on page 7 of your written presentation, it says:

CHST and other health care transfers to the province would have a proportion specifically directed to the provision of mental health services within the provinces...

By that, do you mean that the federal government would direct the provinces to spend a certain percent on mental health services?

Mr. Upshall: I could mean that, and I would be happy if they were prepared to do that.

My suggestions is that, of the \$2 billion additional dollars that are transferred, 20 per cent, \$400 million, or whatever — pick a number — should be tied to the conditions that I sent out. In other words, the provinces should have to spend those funds in the delivery of mental health services, which will be primarily dealt with within the community. The provinces should be specifically prevented from stealing money away from the mental

«Allez-vous faire voir ailleurs! Nous n’allons pas proposer d’amendement à la Loi canadienne sur la santé ni essayer de la préciser.» J’ai trouvé ce commentaire stupéfiant et très décevant.

Nous avons envoyé des lettres à tous les ministres provinciaux de la Santé. C’est celui de la Colombie-Britannique qui, de tous ceux qui ont jugé bon de nous répondre — trois en tout — a exprimé la position la plus intéressante. Le directeur de la Colombie-Britannique nous a dit: «Rassurez-vous, nous n’allons pas, ni maintenant ni dans un proche avenir, tenter de redéfinir le mot «hôpital» au sens de la Loi canadienne sur la santé.» Encore une fois, cela démontre à quel point les questions de santé mentale ne sont pas importantes.

Vous savez ce qui s’est passé du côté des hôpitaux psychiatriques et la façon dont on nous a essentiellement exclus et dont on continue à exclure des dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Cependant, la plupart de ces hôpitaux sont fermés et personne ne prétend qu’il faut payer pour leur fonctionnement, mais force est de constater que les autorités provinciales et fédérales font front pour bloquer les services de santé mentale aux Canadiens de toutes les provinces. Au XXI^e siècle, j’ai du mal à comprendre cela.

C’est pour cela que j’ai été amené à vous déclarer que nous avons un système à deux vitesses au Canada, un pour la santé physique et l’autre pour la santé mentale. La santé mentale n’est même pas un des volets du système de santé, contrairement à la santé physique. J’espère avoir répondu à votre question.

La vice-présidente: Merci. Cela nous ramène à la notion de stigmatisation. Comme vous le disiez, un patient atteint de n’importe quelle autre maladie ne serait pas traité ainsi. Ce faisant, la Loi canadienne sur la santé stigmatise cette maladie et l’enferme dans un silo dont personne s’estime responsable.

Le sénateur Callbeck: Mes questions vont porter sur les ressources financières. Il est évident que nous allons devoir consacrer plus d’argent à ce secteur que l’on a toujours tendance à négliger.

Voici ce qu’on peut lire à la page 7 de votre mémoire, monsieur Upshall:

Une partie du TCSPS et des autres transferts en matière de santé destinés aux provinces devrait être consacrée à l’offre de service de santé mentale au sein des provinces...

Voulez-vous dire par là que le gouvernement fédéral devrait ordonner aux provinces de consacrer un certain pourcentage des transferts aux services en santé mentale?

M. Upshall: C’est ce que l’on pourrait comprendre et je serais très heureux que les choses se fassent ainsi.

En fait, je suggère que l’on impose des conditions pour 20 p. 100, soit 400 millions de dollars ou un montant quelconque — c’est à décider — sur les 2 milliards de dollars supplémentaires devant être transférés. Autrement dit, les provinces devraient strictement consacrer ces fonds, réservés à la prestation de services de soins de santé mentale, à des services communautaires. Les provinces ne pourraient pas détourner

health envelopes that they provide through their own provincial funding resources, and there should be an accountability aspect to it. Yes, I guess that is what I mean.

Senator Callbeck: Ms. Marrett, you talked about the premiers' council and their indication that community mental health is one of its top priorities. How much work have they done in this area? You say in your brief that the federal government must demonstrate its willingness to work with the premiers' council. What role does the premiers' council want the federal government to take? Is the council that far along?

Ms. Marrett: Unfortunately, they are not as far along as you have indicated or that we would hope they. The council has indicated that it is a priority, but so far no strategy has been developed in which the framework for such a priority could be outlined. Part of it may be that some of the provinces are involved with amalgamation and thus are not as ready as they would like to be, as compared to other provinces.

Ultimately, the provinces will have to ensure that access to services at the community mental health level is available across the country. Right now, that is not the case. Some services are available in some provinces but not available to the same extent in other provinces.

The federal government must provide the leadership and facilitate the discussions, to ensure that accessibility to mental health services across the country is equal and accessible.

Senator Callbeck: How many priorities has the premiers' council set out?

Ms. Marrett: They have eight, and this is one of the eight. Clearly, they have heard the message. Their citizens have told them that this is important. One of the challenges, I believe, is that the topic is enormous, and perhaps they do not know where to start. The federal government could begin that discussion through the premiers' council, in order to be able to find a way to address the concerns of Canadians across the country in this area.

Senator Cook: Describe to me the premiers' council in its present form. Does it have a membership? Does it have a membership of the premiers of the provinces? Are there consumers on it? Are there advocates? You said they have six priorities in their mandate. How did they arrive at six, and not at seven or eight, and who helped them formulate that?

Ms. Marrett: The Premiers' Council on Canadian Health Awareness includes the premiers of the provinces and territories. They unveiled their new Web site, www.premiersforhealth.ca in early March. It is within that Web site that they actually talk about community mental health and their other priorities. This is not a formal viewpoint, but it was their way to start to talk to Canadians collectively.

d'argent de leurs propres budgets en santé mentale et elles auraient des comptes à rendre à cet égard. Je pense que c'est effectivement ce que je veux dire.

Le sénateur Callbeck: Madame Marrett, vous avez parlé du conseil des premiers ministres et du fait qu'il range les soins communautaires en santé mentale parmi ses principales priorités. Quel travail le conseil a-t-il réalisé dans ce domaine? Dans votre mémoire, vous dites que le gouvernement fédéral doit se montrer prêt à collaborer avec le conseil des premiers ministres. Quel rôle ce conseil est-il disposé à confier au gouvernement fédéral? Le conseil est-il allé aussi loin dans ce sens?

Mme Marrett: Il n'est malheureusement pas allé aussi loin que vous venez de le dire ni aussi loin que nous l'aurions espéré. Le conseil a dit que la santé mentale est sa priorité, mais il n'est pas allé jusqu'à formuler de stratégie prévoyant l'instauration d'un cadre pour accommoder cette priorité. Cela est peut-être en partie dû au fait que certaines provinces sont préoccupées par les regroupements et qu'elles ne sont donc pas aussi prêtes que les autres, contrairement à ce qu'elles voudraient.

Au bout du compte, les provinces devront veiller à garantir l'accès aux services communautaires en santé mentale, partout au Canada. Ce n'est pour l'instant pas le cas. Certains services sont offerts dans certaines provinces, mais ce n'est pas uniforme.

Le gouvernement fédéral doit assumer le leadership et faciliter la discussion pour faire en sorte que les services de santé mentale soient universellement accessibles au Canada.

Le sénateur Callbeck: Combien de priorités le conseil des premiers ministres a-t-il fixées?

Mme Marrett: Huit, et celle-ci est du nombre. Il est évident que le conseil a compris le message. Les résidents des provinces ont dit à leur premier ministre que ce dossier est important. L'un des problèmes, selon moi, tient au fait que ce dossier est énorme et que les premiers ministres ne savent peut-être pas par où commencer. Le gouvernement fédéral pourrait lancer la discussion au niveau du conseil des premiers ministres pour essayer de trouver une façon de s'attaquer aux préoccupations de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes dans ce domaine.

Le sénateur Cook: À quoi ressemble le conseil des premiers ministres actuellement? A-t-il des membres? Seuls les premiers ministres provinciaux en font-ils partie? Les consommateurs sont-ils représentés? Y a-t-il des intervenants? Vous avez dit que le conseil s'est fixé six priorités. Comment est-il arrivé à ce chiffre, pourquoi pas sept ou huit et qui l'a aidé dans cette démarche?

Mme Marrett: Le conseil des premiers ministres pour sensibiliser les Canadiens à la santé est composé de tous les premiers ministres des provinces et des territoires. Au début mars, le conseil a inauguré son site Internet que l'on peut consulter à l'adresse www.prioritesante.ca. C'est sur ce site qu'il est question de santé mentale communautaire et des autres priorités. Il ne s'agit pas d'un point de vue officiel, mais c'est la façon retenue par le conseil pour s'adresser à l'ensemble des Canadiens.

The premiers meet regularly, once or twice a year, to discuss common issues of concern. Health is clearly an issue of concern to the premiers' council. It has been through the establishment of their Web site and their desire to speak more directly in a collective manner to the people of Canada that this information becomes far more accessible.

Senator Cook: My question is still out there: From whom or where do they get their information? It is from groups like you, from consumers? Where does their information come from? Is it from the bottom up or from the top down?

The Deputy Chairman: Do you mean to set priorities?

Senator Cook: Yes. There must be a mandate there. In order to establish priorities, one must have evidence-based information to get them started.

Ms. Marrett: I do not have that information for you, but I could find out.

Senator Cook: Am I offside, here?

Ms. Marrett: I know they have had papers written on a variety of different topics. However, the premiers of the provinces and territories comprise the membership.

Senator Cook: Did the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health have any input into the council?

Ms. Marrett: Not to my knowledge, no.

The Deputy Chairman: I think this is a relatively new body that Premier Charest was behind. It was originally called the Federation of Premiers, I think. My understanding is that the premiers are getting together, collectively, to form one voice.

Senator Cook: That is fair. I understand can that, but I want to know where their wisdom comes from.

Mr. Upshall: The wisdom comes from the various deputy ministers of the various areas within the provinces. The health wisdom comes from the deputy ministers of health.

Senator Cook: It comes from their bureaucracy?

Mr. Upshall: Yes.

Mr. Gray: I would speculate, having worked in ministries, that that frequently happens. The advice would have been collected from the various mental health services and from the various mental health branches and up through the bureaucracy, usually.

The Deputy Chairman: It is a little hopeful that mental health has been included as one of the six priorities.

Mr. Gray: It is important.

Les premiers ministres se réunissent régulièrement, une ou deux fois par an, pour parler de problèmes communs. La santé est évidemment un des sujets qui intéresse le conseil des premiers ministres. L'information est beaucoup plus accessible depuis que le conseil a décidé de créer son site Internet et qu'il a exprimé le désir de dialoguer plus directement avec l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens.

Le sénateur Cook: Vous n'avez toujours pas répondu à ma question: De qui les premiers ministres obtiennent-ils cette information? Est-ce de groupes comme le vôtre, de consommateurs? Où le conseil va-t-il chercher ces informations? Viennent-elles de la base ou plus tôt du haut de la pyramide?

La vice-présidente: Vous parlez des informations ayant servi à l'établissement des priorités?

Le sénateur Cook: Oui. Il faut que le conseil ait un mandat. Pour établir des priorités, il doit s'appuyer sur des informations fondées.

Mme Marrett: Je n'ai pas cette réponse, mais je pourrais l'obtenir.

Le sénateur Cook: Est-ce que je fais fausse route?

Mme Marrett: Je sais que le conseil s'appuie sur des études qui lui sont remises sur différents sujets. Pour ce qui est des membres du conseil, il s'agit des premiers ministres des provinces et des territoires.

Le sénateur Cook: Est-ce que l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale intervient auprès du conseil?

Mme Marrett: Pas à ma connaissance.

La vice-présidente: Je crois que c'est cet organisme relativement récent qui obéit à une idée lancée par M. Charest. Au début, on parlait je crois de la Fédération des premiers ministres. Je crois savoir que les premiers ministres se réunissent pour s'exprimer d'une seule voix.

Le sénateur Cook: C'est bien. Je comprends cela, mais je voulais savoir qui informe le conseil.

M. Upshall: Le conseil fonde sa vision sur celles des sous-ministres des différentes régions au sein de chaque province. La vision qui se dégage est donc le produit de celles des sous-ministres de la Santé.

Le sénateur Cook: C'est donc une vision qui vient des fonctions publiques?

M. Upshall: Oui.

M. Gray: Pour avoir travaillé avec les ministères, je peux vous dire que c'est souvent le cas. La fonction publique rassemble les avis des services de santé mentale et des différents secteurs de la santé mentale pour tout regrouper au sommet.

La vice-présidente: Il y a donc un espoir puisque la santé mentale fait partie de ces six priorités.

M. Gray: C'est important.

Senator Cordy: Being a priority, we hope it will mean that action will actually happen. There is a difference between putting it on a list and actually taking action.

When I looked at what you said, Mr. Upshall, about the Canada Health Act, I thought of portability. As Canadians, we assume that as we travel from province to province our coverage is portable. You said that, indeed, it is not portable.

Mr. Gray: Mental health services are portable within a hospital. For example, had the individual been in a hospital that was funded and recognized under the Canada Health Act, there would not have been a problem. It is when the person is in a provincial hospital that a problem arises. That is the distinction. These problems arise because the person did not go to a regular hospital but rather to a psychiatric hospital.

Mr. Upshall: I did not know that the Royal Ottawa Hospital was not a regular hospital. We will have to talk about that off stream, because I think you are wrong.

Ms. Marrett: I think Mr. Gray is right. Psychiatric hospitals fall under provincial legislation, whereas general hospitals fall under the Canada Health Act.

Mr. Gray: That is right.

Senator Cordy: However, we are now moving away from extended periods of time in hospitals, moving away from doctor-hospital, to the reality of the health care system. Regardless of whether we are speaking of mental health or physical health, times have changed over the past 20 or 25 years. You have made your point.

Mr. Gray: I am not supporting that; I am saying that it is wrong. I am just explaining it.

Senator Cordy: I know you were not supporting it.

Mr. McLean, as you said, anxiety disorders are the most common and most treatable, but the most invisible and the most overlooked. How difficult is it to gather data on anxiety disorders?

Mr. McLean: Large community studies have been done in the United States and, more recently, in Canada. The one in Canada, for example, does not deal with all the anxiety disorders — for cost reasons. As well, OCD, for example, is excluded from that because it is beyond the capacity of community interviewers to get that information quickly, given the secretiveness of it all. One must rely on other means. There are good international surveys. There is broad agreement as to the prevalence and the severity rates.

Senator Cordy: I was also interested when you spoke about children and the importance of early intervention. In my other life, I was an elementary school teacher. I found, first, that there is a shortage of money in health. In my province of Nova Scotia, there is also a shortage of money for education. There were class

Le sénateur Cordy: Comme c'est une priorité, on peut espérer que des mesures seront prises. Il y a une différence entre dresser une liste de priorités et prendre des mesures.

Quand vous parliez de la Loi canadienne sur la santé, monsieur Upshall, je pensais au principe de la transférabilité, les Canadiens estimant que leur assurance est valable dans toutes les provinces. Or, vous avez dit que tel n'est pas le cas.

M. Gray: Les services de santé mentale ne sont pas transférables dans le milieu hospitalier. Par exemple, la personne hospitalisée dans un établissement financé et reconnu en vertu de la Loi canadienne sur la santé n'aurait pas de problème. Cependant, c'est quand la personne se retrouve dans un hôpital provincial que le problème se pose. Il y a une distinction à faire. Ce problème survient parce que le patient n'est pas hospitalisé dans un établissement régulier mais dans un hôpital psychiatrique.

M. Upshall: Je ne savais pas que l'Hôpital Royal d'Ottawa n'est pas un hôpital régulier. Nous allons devoir en parler à part, tous les deux, parce que je crois que vous avez tort.

Mme Marrett: Je crois que c'est M. Gray qui a raison. Les hôpitaux psychiatriques tombent sous le coup des lois provinciales tandis que les hôpitaux généraux tombent sous le coup de la Loi canadienne sur la santé.

M. Gray: C'est exact.

Le sénateur Cordy: Cependant, nous n'en sommes plus aux périodes d'hospitalisation prolongées, aux hôpitaux-médecins pour toucher à la réalité du système de soins de santé. Les choses ont changé au cours des 20 ou 25 dernières années, tant pour la santé mentale que pour la santé physique. Nous vous avons compris.

M. Gray: Je ne suis pas d'accord avec cela, parce que je prétends que c'est mal et je m'en explique.

Le sénateur Cordy: Je sais que vous n'êtes pas d'accord avec cela.

Monsieur McLean, comme vous l'avez dit, les troubles anxieux sont les états les plus répandus et les plus facilement traitables, mais ils sont aussi les plus invisibles et les plus négligés de tous. Est-il difficile de recueillir des données sur les troubles anxieux?

M. McLean: On a effectué d'importantes études communautaires aux États-Unis et, plus récemment, au Canada. L'étude canadienne, par exemple, ne porte pas sur tous les troubles anxieux, à cause des coûts que cela représentait. Par ailleurs, les troubles obsessionnels-compulsifs n'ont pas été pris en compte parce que les intervieweurs communautaires ne sont pas en mesure d'obtenir rapidement ce genre d'informations à cause de cachotteries. Il faut donc s'en remettre à d'autres moyens. Il existe de bonnes études internationales. On s'entend très généralement sur les taux de prévalence et de gravité des cas.

Le sénateur Cordy: J'ai également été très intéressée par ce que vous avez dit à propos des enfants et de l'importance d'une intervention précoce. Avant de faire de la politique, j'ai été enseignante à l'élémentaire. J'ai d'abord constaté que l'on manque de fonds en santé. En Nouvelle-Écosse, ma province,

sizes in elementary school of over 30. In addition, some children were identified as needing extra help, whereas other children were not identified. For instance, if a child were exhibiting behaviour problems in the classroom, being disruptive, he or she tended to get attention more than the child who was withdrawn and quiet and not a bother to the other students. My experience was that if the child did not have a label, it was very difficult for a teacher to get help for that child. You could talk to someone but it was very, very difficult.

As you have said, if there is not early intervention for children, other problems arise. You talked about the coexistence of smoking, drinking, drug usage, depression and those kinds of things. Certainly no one would disagree with you that early intervention is the way to go. However, the reality is that teachers are not trained for that. As a teacher, I found it very difficult to get early intervention for a child unless the child was aggressive — and then often those children were put on Ritalin.

Mr. McLean: In British Columbia, for example, the Ministry of Children and Family Development, which has responsibility for the mental health of under-19-year-olds, has started a pilot and is planning a universal program in British Columbia schools on exactly that issue. How it works is that a specialist trains, on a professional-development day, a number of teachers. They are using a program called “Friends.” In the U.S., they have another one called “Coping Cat.”

The program is not pathology-based. It helps children understand what certain things, when their body feels funny or they “feel mental” as they call it, or how to change thoughts and how to avoid being catastrophic in one’s interpretation, how to be pro-social. It is a coping program. It is cost-effective for a teacher or a counsellor or others who come into the school for that purpose to deliver that type of program. Parents and teachers, typically, highly welcome the program.

You are right: If we had to rely upon teachers to set aside individual time for one-to-one consultation, it is very difficult to get a spot on the curriculum. Now, however, as emotional education is becoming more acceptable in school curricula, there are opportunities to go in and do this. That one just happens to be a very effective program that pays high returns.

Senator Cordy: Mr. Gray, you spoke about a program called “Reaching Out: The Importance of Early Treatment.” Do you have any results that show how it is working, or is it still too new?

on manque d’argent pour l’éducation. Nous avons des classes de plus de 30 élèves au niveau élémentaire. De plus, nous pouvions constater que certains enfants avaient besoin d’une aide supplémentaire et que d’autres n’étaient même pas repérés. Par exemple, un enfant pouvait avoir des troubles de comportement en classe et perturber le déroulement des cours au point qu’il attirait davantage l’attention que certains de ses camarades repliés sur eux-mêmes, tranquilles, qui ne dérangaient personne. Or, j’ai constaté que si un enfant n’était pas clairement étiqueté, un enseignant pouvait avoir de la difficulté à l’aider. On pouvait toujours parler à quelqu’un, mais c’était très, très difficile.

Comme vous le disiez, si l’on n’intervient pas très tôt auprès de l’enfant, d’autres problèmes peuvent jaillir ensuite. Vous avez parlé de la concomitance du tabagisme, de l’alcoolisme, de la toxicomanie, de la dépression et d’autres problèmes du genre. Personne ne vous contredira sur ce fait: il faut intervenir le plus tôt possible. En réalité, cependant, les enseignants ne sont pas formés à cela. Quand j’enseignais, je trouvais très difficile d’amener le système à intervenir très tôt auprès d’un enfant-problème, à moins que celui-ci ne se montre agressif et même là, très souvent, on le traitait au Ritalin.

M. McLean: En Colombie-Britannique, par exemple, le ministère du Développement de l’enfance et de la famille, responsable de la santé mentale des moins de 19 ans, vient de lancer un projet pilote et envisage de mettre en œuvre un programme universel dans toutes les écoles de la province sur cet aspect particulier. À l’occasion d’une journée pédagogique, un spécialiste vient former un certain nombre d’enseignantes et d’enseignants. Il s’appuie sur un programme appelé «Friends». Les Américains, en ont un de leur côté qu’ils appellent «Coping Cat».

Le programme n’est pas axé sur la pathologie. Il est destiné à aider les enfants à comprendre certaines choses, quand ils ressentent de drôles de sensations dans leur corps et qu’ils ont l’impression d’être «mental» comme ils disent; on leur montre comment faire pour changer leurs pensées et éviter d’interpréter ce qu’ils ressentent de façon trop catastrophique, autrement dit à être «pro-sociaux». Il s’agit d’un programme de *coping*. En outre, il est rentable qu’un enseignant ou un conseiller administre ce genre de programme, ou que quelqu’un se déplace à l’école pour le faire. Les parents et les enseignants sont généralement très favorables à ce programme.

Vous avez raison: il serait très difficile d’aménager les programmes scolaires pour que les enseignants trouvent le temps de conduire des entrevues en personne. Cependant, comme on accepte maintenant de plus en plus la notion d’apprentissage par les émotions dans les programmes scolaires, nous allons peut-être y arriver. Il se trouve que ce programme est très efficace et très rentable.

Le sénateur Cordy: Monsieur Gray, vous avez parlé d’un programme appelé «Porter secours». Avez-vous des résultats montrant la façon dont il fonctionne ou est-il tellement récent que vous n’avez rien?

Mr. Gray: Not specifically. We are trying to teach people, pupils and teachers about early signs of psychosis so they can see that there may not be a drug or a behaviour problem, that it is conceivable that there might be a psychosis. Then they can get an early referral to someone who understands and can do something about it.

We do know that the program is very well accepted. Teachers like it; students like it. That program started in British Columbia and it has been around for about three years. It has been very well accepted in the schools. Students say that they have really learned something. We have anecdotal evidence of people saying, "Perhaps my friend is starting to exhibit some interesting symptoms and should see a counsellor." We are doing some good work in that way and making appropriate referrals. In terms of a controlled case study, no, we have not done that.

Senator Cordy: Are students willing or able to self-diagnose? Fitting in socially as a teenager is probably the number-one priority. Are they willing to admit that they may be a little bit different?

Mr. Gray: With some disorders, such as anxiety or depression, they might be willing. For those with schizophrenia, they often do not realize anything is wrong. "These voices in my head are sort of normal; I am getting them from the television." It depends a bit on the disorder.

Senator Cordy: People with schizophrenia often do not believe they are ill, which causes them not to take medication. In looking at advocacy, you have done a wonderful job of explaining how NGOs can be advocates on behalf of the patients. What about advocacy by family members for an individual? I am looking at the issue of privacy.

If an individual does not believe that he or she is ill, that person may not allow their medical information to be given to family members. How can families help out?

Mr. Gray: That certainly can be a problem. Where the person provides permission for the family to talk to the physician or the treatment team, there is no problem because the consent is there. Sometimes the person does not do that. It depends somewhat on the provincial legislation, but, in British Columbia, our privacy laws say that if there is a need for information to be provided — and obviously it must be circumscribed to the purposes — then you can do that.

In a situation where you felt you could not do that, then you have to talk in terms of examples or generalities. You can say, "Nineteen-year-old males on this medication are experiencing these sorts of symptoms and may do this." You are talking about the situation that the family member is in but you are not providing any information about the son or the daughter specifically. You are generalizing but providing enough information for the parent to provide some service.

M. Gray: Pas vraiment. Nous essayons d'enseigner aux gens, aux élèves et aux professeurs, les premiers signes de psychose afin que les gens se rendent compte qu'ils ne sont pas forcément associés à la consommation de drogues ou des problèmes de comportement, autrement dit que la psychose existe. Une fois ce pré-diagnostic établi, l'élève est orienté vers un spécialiste qui comprend le phénomène et qui peut intervenir.

Nous savons que ce programme est fort bien accepté. Les enseignants et les élèves l'aiment. Il a été lancé en Colombie-Britannique il y a trois ans environ. Il a été bien accueilli dans les écoles. Les élèves disent qu'ils ont vraiment appris quelque chose. Certains nous ont dit: «Mon ami présente peut-être des symptômes intéressants et il devrait voir un conseiller.» Nous faisons du bon travail et nous orientons correctement les élèves. En revanche, nous n'avons pas encore réalisé d'études de cas en condition contrôlée.

Le sénateur Cordy: Les élèves sont-ils prêts ou capables de poser un autodiagnostic? Le plus important pour un adolescent est sans doute d'être accepté par le groupe. Les adolescents sont-ils prêts à reconnaître qu'ils sont un peu différents?

M. Gray: Dans le cas de certains troubles, comme l'anxiété ou la dépression, certains sont disposés à le faire. En revanche, ceux qui souffrent de schizophrénie se rendent rarement compte que quelque chose ne va pas. «Les voix que j'entends dans ma tête», se disent-ils, «me semblent normales, elles m'arrivent de la télévision». Cela dépend un peu du trouble auquel on a affaire.

Le sénateur Cordy: Les schizophrènes ne croient généralement pas qu'ils sont malades, raison pour laquelle ils ne prennent pas de médicaments. Pour ce qui est de la défense de la cause, vous avez merveilleusement expliqué la façon dont les ONG peuvent prendre la parole au nom des patients. Mais qu'en est-il de la défense des patients par les membres de la famille? Je pense ici à la question de la vie privée.

Si une personne ne croit pas qu'elle est malade, elle ne voudra peut-être pas que ses renseignements médicaux soient communiqués aux membres de sa famille. Comment les familles peuvent-elles l'aider à ce moment-là?

M. Gray: Effectivement, cela peut faire problème. Si la personne donne l'autorisation à sa famille de s'entretenir avec un médecin ou avec l'équipe traitante, il n'y a pas de problème parce qu'il y a consentement. Parfois, ce n'est pas le cas. Alors, cela dépend un peu de la loi provinciale, mais en Colombie-Britannique, nos lois sur la protection de la vie privée permettent la communication d'une information nécessaire, mais elle doit alors se limiter aux fins envisagées.

Dans une situation où l'on pense ne pas pouvoir obtenir le consentement du patient, il faut aborder la chose par des exemples ou des généralités. On peut toujours dire: «Un adolescent de 19 ans qui prend des médicaments ressent tel et tel symptôme ou fait ceci ou cela.» On parle de la situation dans laquelle se trouvent les membres de la famille, mais on ne fournit aucun renseignement précis indiquant qu'il s'agit d'un fils ou d'une fille. On généralise, mais on peut tout de même fournir suffisamment d'informations pour que les parents puissent faire quelque chose.

Certainly if the physician is speaking, let us say, to a family member who supervises medications and reports symptoms, our Freedom of Information and Protection of Privacy Act in British Columbia would allow the physician to do that, even if the young person said, "No, I do not want that to happen."

Senator Cordy: So the family can be an integral part of helping the person become integrated back into the community?

Mr. Gray: Yes. It is very important.

Senator Cordy: In Great Britain, we heard last week that they have outreach teams that go into the community. From what they told us, the teams seem to be very successful. They basically follow the person around in the community, so the patient need not go into the hospital, which can be stigmatizing for some. They would meet them in the laundromat or some place like that and they would talk together. Could we do that in Canada?

Mr. Gray: The situation varies across the country, but certainly we have that model. I used to work in Saskatchewan and we had that type of model. I can think of examples in Victoria where that happens. London's program is a good example of an early-psychosis program that goes to extraordinary lengths to keep people out of hospital and helps them avoid the whole trauma of hospitalization. That is certainly not fun for someone who is 17 or 18.

Those programs are there but are not as widely available as we would want. There is nothing in law or in practice that would prohibit those programs from happening here in Canada.

Ms. Marrett: That type of program should comprise part of a community health system. We should have outreach teams who can work with individuals in their communities so that they can live their lives as productively as possible. Certainly that would be part of a community mental health program.

Mr. Upshall: For your information, and I am sure the researchers know this from the material from the mental health implementation task forces in Ontario, there are several acute care treatment teams, ACTT, in and around the Toronto area. Some are associated with the Centre for Addiction and Mental Health and other hospitals. If I recall correctly, one is an independent ACTT team, which is composed of eight or ten members. They have almost a one-for-one or 1.5-for-one relationship. They do not follow them around, but they are available to the individuals in their care 24 hours a day, seven days a week, with beepers and pagers and what have you. They monitor medication and rehabilitation.

One of the issues for the ACTT team is that those who are not associated with the Centre for Addiction and Mental Health or other institutions have difficulty getting admissions into hospitals. The independent, stand-alone act teams do have a difficult time if there is an admission issue.

En Colombie-Britannique, notre loi sur la liberté d'information et la protection de la vie privée permet au médecin de s'entretenir avec un membre de la famille responsable de donner des médicaments et de signaler les symptômes, même si l'adolescent traité ne le veut pas.

Le sénateur Cordy: Ainsi, la famille peut faire partie intégrante du réseau d'aide du patient, au sein de la collectivité?

M. Gray: Oui. Et c'est très important.

Le sénateur Cordy: La semaine dernière, nous avons appris que les Anglais ont des équipes mobiles qui se rendent dans les collectivités et qui semblent obtenir de bons résultats. Elles assurent essentiellement un suivi des patients dans leur milieu et comme il n'est pas nécessaire de les hospitaliser, on leur évite ainsi d'être stigmatisés. Ces équipes rencontrent les patients dans les laveries automatiques ou dans d'autres lieux publics et elles s'entretiennent avec eux. Pourrait-on faire cela au Canada?

M. Gray: La situation n'est pas la même partout au pays, mais il existe un modèle semblable. Nous avons collaboré avec la Saskatchewan qui disposait de ce genre de modèle. Je crois qu'il y en a également des exemples à Victoria. Le programme londonien est excellent pour les psychoses précoces parce qu'il contribue à garder les gens hors des hôpitaux et donc à éviter les traumatismes associés à l'hospitalisation. Ce n'est certainement pas rigolo pour un jeune de 17 ou 18 ans.

Ces programmes existent, mais ils ne sont pas aussi généralement accessibles que nous le souhaiterions. Rien, ni dans la loi ni sur le plan pratique, n'empêche que ces programmes soient offerts ici au Canada.

Mme Marrett: Ce genre de programme devrait englober une partie du système de santé communautaire. Nous devrions déployer des équipes mobiles qui travailleraient au contact des patients dans leur milieu pour qu'ils puissent continuer à vivre une vie qui soit la plus productive possible. Cela pourrait très bien faire partie d'un programme communautaire en santé mentale.

M. Upshall: Je tiens à vous dire, mais je suis certain que les chercheurs le savent déjà grâce aux documents produits par les groupes de travail sur la mise en œuvre de la santé mentale en Ontario, qu'il existe plusieurs équipes de soins de courte durée, les ESCT, à Toronto et dans la région immédiate. Certaines sont rattachées aux centres de toxicomanie et de santé mentale et d'autres à des hôpitaux. Si je me souviens bien, il y en a une qui est indépendante et qui est composée de huit ou dix personnes. Chaque membre d'une équipe instaure des relations avec un ou 1,5 patient en moyenne. Ces patients ne sont pas suivis en permanence, mais ils ont accès aux membres de l'équipe 24 heures sur 24, parce qu'ils peuvent les contacter par téléavertisseur ou par d'autres moyens. Les équipes surveillent la prise des médicaments et la réadaptation.

Le problème auquel les équipes d'ESCT se heurtent tient au fait que celles qui ne sont pas rattachées au centre de toxicomanie et de santé mentale ou à d'autres établissements ont de la difficulté à entrer dans les hôpitaux. Comme les équipes travaillent seules, en autonomie, il leur arrive d'avoir des difficultés dans le cas de patients devant être hospitalisés.

The Deputy Chairman: As a supplementary to Senator Cordy's question, the issue of human resources has been raised in testimony many times, trying to attract people into the mental health care field. Would each of you comment on how we would approach trying to attract practitioners in this field, in all of the different aspects?

We had some testimony about the amount of time, for instance, doctors are required to spend with a patient suffering from a mental illness as opposed to a patient with a physical illness. Perhaps you could all shed some light on this question of how we would start to build a stronger human resource base. The numbers are growing, and it is getting much more complex. If you have a comment on that, I would appreciate it.

Ms. Marrett: In talking about discrimination and stigma with respect to mental illness, we are not just referring to the patients. We are talking about discrimination and stigma across the whole spectrum. I have met several health care practitioners over the years who have talked to me about the fact that their colleagues are absolutely stunned that they would be in this area, and why, et cetera. Oftentimes, these individuals are some of the most committed individuals I have ever met and they are there for their whole career.

It is very difficult if, from a financial point of view, an individual is not able to support his family or meet his living expenses. It is very difficult if an individual is in a position that is not considered to be "permanent." It might be a contract position. Therefore, if the organization you are working for does not get the contract with government, for example, you no longer have a job. It is extremely difficult.

The other issue is that there are not as many people going into many of these fields because of the amount of time and commitment and burnout. This is not a nine-to-five job. It is very difficult and very challenging.

If we were able to reduce the stigma for mental health, I think we would be able to attract many more people into the field from the care side. It is certainly not an issue that we can deal with overnight.

Mr. Upshall: I agree completely with what Ms. Marrett has said. The first attempt to resolve the stigma issue is to get the federal government to start modeling good anti-stigma behaviour.

The second is to get the medical schools themselves to recognize that the value of this kind of education is important and to dedicate a substantial amount of additional time to training GPs, given the high incidences of mental illness they see in their practices.

La vice-présidente: Pour faire suite à la question du sénateur Cordy, il y a le problème des ressources humaines dont vous avez plusieurs fois parlé dans votre témoignage, problème qui consiste à attirer davantage de gens dans le domaine des soins de santé mentale. Pourriez-vous, chacun à votre tour, nous dire comment nous pourrions aborder ce problème pour attirer davantage de professionnels dans le domaine, dans les différents volets concernés?

Des témoins sont venus nous parler, par exemple, du temps qu'un médecin doit passer au chevet d'un patient atteint de maladie mentale par rapport au temps qu'il passe au chevet de celui qui souffre d'une maladie physique. Pourriez-vous nous éclairer un peu à ce sujet et nous dire comment nous pourrions augmenter les effectifs dans ce domaine? Les nombres augmentent et la chose devient de plus en plus complexe. Si vous avez des remarques à formuler à ce sujet, j'aimerais les entendre.

Mme Marrett: Nous ne parlons pas que des patients quand nous parlons de discrimination et de stigmatisation dans le cas des maladies mentales. La discrimination et la stigmatisation se retrouvent partout. Au fil des ans, j'ai rencontré de nombreux professionnels des soins de santé qui m'ont dit que leurs collègues sont subjugués de les voir travailler dans ce domaine et qui s'en étonnent. Souvent, ces personnes sont les plus engagées de toutes et elles passent toute leur carrière dans ce secteur.

Du point de vue financier, les problèmes se posent quand la personne n'est pas en moyen de faire vivre sa famille ou de payer ses factures courantes. C'est très difficile quand la personne se retrouve dans un poste qui n'est pas considéré comme «permanent». Ce peut être un poste à contrat. Ainsi, si l'organisation pour laquelle on travaille n'obtient pas de contrat du gouvernement, par exemple, on perd son emploi. C'est très difficile.

L'autre problème tient au fait que peu de personnes se lancent dans ces domaines à cause du temps qu'il faut consacrer au travail, de l'engagement que cela exige et de l'épuisement professionnel qui peut en découler. Ce n'est pas un travail de neuf à cinq. Il est très difficile et exige beaucoup.

Si nous pouvions réduire la stigmatisation envers la santé mentale, je pense que nous attirerions davantage de gens dans ce domaine pour donner des soins. Ce n'est certainement pas un problème que nous pourrions régler du jour au lendemain.

M. Upshall: Je suis tout à fait d'accord avec ce que Mme Marrett vient de dire. Pour commencer par régler le problème de la stigmatisation, il faut que le gouvernement fédéral mette sur pied un modèle de bon comportement contre la stigmatisation.

Deuxièmement, il faut que les écoles de médecine, elles-mêmes, reconnaissent la valeur de ce genre d'éducation et qu'elles y consacrent des sommes suffisantes pour former les professionnels de la santé, étant donné la forte incidence de maladies mentales qu'ils constateront dans leur pratique.

The third issue is to somehow resolve the discussion between the medical community and the psychological community as it relates to payment. There are issues there that must be investigated. We have a two-tier health care system. The EAP providers are able to purchase services, and those who have those benefits available to them get reasonably good, non-mainstream mental health care through their EAP providers, and the payment that is afforded to the people involved in that structure is substantially different.

There are a number of issues, but it is primarily anti-stigma, and leadership is required at all levels.

Mr. McLean: I would like to reiterate that. It is a sad comment. I teach in a medical school. I teach the very people we are talking about. I am very familiar with the curriculum. It is difficult. Not that many choose to go into psychiatry, for a variety of reasons. The 50 per cent that go on beyond family medicine do not go there. I think that could be enhanced. I think it would be the same for specialists and clinical psychologists.

We are facing a big problem, in that the average age of clinical psychologists and psychiatrists is over 50. This is a difficulty. We can see where this is going. Something needs to be done about that, you are absolutely right, from a resource point of view — not just psychologists and psychiatrists, but other folks involved in treatment, counsellors, and so on.

Everyone that is in the diagnosis and treatment business should be asked or required to use evidence-based treatments. I know I am repeating myself, but it is of interest that the Royal College, the regulatory bodies and the universities themselves do not require this. An individual can graduate with a masters degree in counselling psychology, not having taken one single course on diagnosis, on psychopathology, assessment or treatment. We graduate thousands of them, in Canada, every year. You can check on this independently. It is easily available. Check the course curricula. The graduates can then get a position on a mental health team. I am trying to make the case for the resources, which are a problem. We can find ways to try to attract people into that, to look at the incentives and the barriers respectively, but evidence-based requirements would go a long way to helping as well.

Finally, we need to look at new models. I do not think we can do it, but even if we were able to turn the resource spigot or the psychiatry spigot or the psychology spigot on, it would take a long time, as you know, to get these people on stream. We need to look at three-P, as I mentioned before. We need to find new ways of providing treatment, where you have people that are not necessarily at a high level providing all the treatment. You do not need it. For example, you do not need an electrician to change a light bulb. The high-level people can be

Troisièmement, il faut régler le problème du différend entre le milieu médical et le milieu psychologique quant au paiement. Il y a ici un aspect qu'il convient d'étudier. Nous avons un système de soins de santé à deux vitesses. Les fournisseurs de PAE peuvent acheter des services et ceux qui bénéficient de ce genre de prestations peuvent obtenir des soins de santé mentale non traditionnels et relativement efficaces par le truchement de leur fournisseur de PAE; les paiements effectués dans le cadre d'une telle structure sont considérablement différents.

Plusieurs problèmes se posent, mais il faut principalement s'attaquer à la stigmatisation et tous les échelons doivent faire preuve de leadership à cet égard.

M. McLean: Je vais me répéter. C'est triste. J'enseigne dans une école de médecine. J'enseigne à ceux et à celles dont nous parlons. Je connais bien les programmes. Ce n'est pas facile. Peu d'étudiants décident de s'orienter en psychiatrie pour toute une diversité de raisons. Une moitié d'entre eux dépassent le stade de la médecine générale mais peu optent pour la psychiatrie. Nous pourrions, je crois, améliorer cela. Je pense que ce devrait être la même chose pour les spécialistes et les psychologues cliniciens.

Nous faisons face à un grave problème, car l'âge moyen des psychologues cliniciens et des psychiatres est supérieur à 50 ans. C'est une autre difficulté. Nous voyons où cela va nous amener. Il faut donc agir, vous avez tout à fait raison, en s'attaquant aux ressources — pas uniquement dans le cas des psychologues et des psychiatres, mais pour tous les autres professionnels chargés de dispenser des traitements, comme les conseillers et les autres.

Toutes les personnes qui sont appelées à poser des diagnostics ou à traiter des patients devraient être tenues de se fonder exclusivement sur des résultats cliniques et scientifiques dans leur travail. Je sais que je me répète, mais il faut savoir que le Collège Royal, les organismes de réglementation et les universités elles-mêmes n'exigent pas cela. N'importe qui peut obtenir une maîtrise en psychologie de l'orientation, sans avoir pris un seul cours sur les diagnostics ou de psychopathologie, ni même d'évaluation ou de traitement. Chaque année, nous diplômons des milliers de gens comme cela au Canada. Vous pourrez vérifier de votre côté. Les données sont disponibles. Vérifiez les programmes de cours. Les diplômés peuvent se retrouver au sein d'équipes de santé mentale. J'essaie de vous présenter la situation en ce qui concerne les ressources, ce qui fait problème. Nous pouvons trouver des façons d'attirer des gens, d'appliquer des incitatifs et d'abattre les obstacles qui se présentent, mais nous ferions beaucoup si nous exigeons que tout se fasse en fonction de résultats cliniques et scientifiques.

Enfin, nous devons nous tourner vers de nouveaux modèles. Je ne pense pas que nous y parviendrons, mais même si nous pouvions admettre davantage de gens en psychiatrie, en psychologie et ainsi de suite, comme vous le savez, il nous faudrait beaucoup de temps avant qu'ils se retrouvent dans le milieu. Comme je le disais plus tôt, il faut aborder la chose sous l'angle des trois P. Nous devons trouver de nouvelles façons de dispenser les traitements et d'en confier une partie à des professionnels qui ne sont pas forcément au sommet du

there for a diagnosis, but there can be a vertically accountable consultation model, like law firms, and that might provide better range.

The current issue is highly restrictive. Only certain people are on it, and not many of them. They are getting old. You can do what you want and get paid for it. Let us be honest. You get paid for contact in this country, for the time spent with someone. You do not get paid for results. That has an effect.

The Deputy Chairman: That is right. Actually, I heard on CBC radio of a doctor — I think the only doctor from Guelph — who was leaving, and it was only because this person could not possibly see the number of patients and earn a living. Thank you very much. That is very valuable. We have heard other testimony, especially the doctors themselves or the people in the field, stigmatized as well, not only the patients.

Senator Léger: I have five questions. I will ask the five questions first, and then you can answer them. Each one will be very short.

First, Mr. Upshall said that mental health appears nowhere. Is mental health separated from society? For example, when discussing housing, are people from mental health organizations representative on the team. When we are studying lack of jobs and transportation, are they there? These days we are studying unemployment insurance. Are you there?

Second, are there consequences of the constant change of ministers in the government? What is done meanwhile? Life goes on, I imagine.

Third, Mr. Gray was saying that the accent was on individuals and families to help. I was quite pleased to read in your report that the stigma factor was put as number five and not as number one. I was sort of happy about that.

Fourth, in the past, there was no medication, or less medication. That is why people were required to go to hospitals. How did we get out of it in the past? I do not think everyone went to the hospital for anxiety troubles and all the new illnesses that we have today.

I have the feeling today that, be it nurses or doctors, science has predominance over human love and human compassion. A person became a nurse because he or she wanted to help. Someone became a teacher because they were passionate to help.

I have a friend in psychiatry, and she chose that field because of her passion to help human nature. It was not from a scientific motivation. I am not saying that it is not needed, however.

dispositif. Cela s'impose. On n'a, par exemple, pas besoin de faire appel à un électricien pour changer une ampoule électrique. Ceux et celles qui sont en haut de la pyramide pourraient poser les diagnostics, mais nous pourrions appliquer un modèle de consultation verticale responsable, un peu comme dans les cabinets d'avocats, pour couvrir davantage de terrain.

Le modèle actuel est très restrictif. Seules certaines personnes peuvent poser des actes médicaux, mais elles sont peu nombreuses et elles vieillissent. Vous pouvez faire n'importe quoi et tout de même être payé. Voyons les choses honnêtement: au Canada, on est payé pour le temps passé auprès de quelqu'un et pas pour les résultats obtenus. Cela n'est pas sans effet.

La vice-présidente: Très bien. J'ai entendu sur les ondes de la CBC un médecin — je pense qu'il était de Guelph — qui s'en allait uniquement parce qu'il ne lui était pas possible de voir un nombre suffisant de patients pour gagner sa vie. Merci beaucoup. Votre témoignage était utile. Nous en avons entendu d'autres, surtout de médecins ou de personnes qui travaillent dans le domaine et qui se sentent tout aussi stigmatisées que les patients.

Le sénateur Léger: J'ai cinq questions à poser. Je vais commencer par vous les poser et vous pourrez me répondre. Elles sont toutes très courtes.

Tout d'abord, M. Upshall a dit qu'il n'est nulle part question de santé mentale. La santé mentale est-elle à part de la société? Quand on parle logement, par exemple, les organisations qui s'expriment au nom des personnes atteintes de troubles mentaux sont-elles représentées au sein des équipes responsables? Quand on étudie les problèmes d'emploi et de transport, sont-elles, là aussi, représentées? Nous sommes en train d'étudier l'assurance-chômage. Êtes-vous représenté à cette table également?

Deuxièmement, les changements constants de ministres au gouvernement ont-ils des conséquences? Que fait-on entre deux ministres? J'imagine que la vie continue.

Troisièmement, M. Gray disait qu'il fallait insister sur le plan de l'aide à apporter aux particuliers et aux familles. J'ai été très heureux de lire dans votre rapport que la stigmatisation arrive au cinquième rang et pas au premier. J'ai été heureux de l'apprendre.

Quatrièmement, dans le passé, on ne donnait pas de médicament ou on en donnait moins. C'est pour cela qu'il fallait être hospitalisé. Comment s'en sortait-on dans le passé? Je ne pense pas que toutes les personnes atteintes de troubles anxieux étaient hospitalisées et je ne crois pas qu'il y avait toutes ces maladies que l'on recense aujourd'hui.

J'ai l'impression que, de nos jours, la science a prit le pas sur l'amour de son prochain et sur la compassion, tant chez le personnel infirmier que chez les médecins. Avant, on devenait infirmier ou infirmière parce qu'on voulait aider. On devenait enseignant parce qu'on avait une passion pour cela.

J'ai une amie qui est psychiatre. Elle a choisi cette profession parce qu'elle éprouve une véritable passion pour l'être humain qu'elle veut aider son prochain. Elle n'a pas obéi à des motivations d'ordre scientifique. Je n'affirme pas pour autant que ce n'est pas nécessaire.

My last question is this: How do we get out of the violence we are living today? You will have many patients tomorrow. Are we controlling what we see on television? What is happening presently with violence? There will be consequences, wanted or not. That is all.

The Deputy Chairman: That is a pretty big basket full. Who will start?

Mr. Upshall: I will be brief because other people are more knowledgeable about the details. There are token people sitting at tables dealing with homeless and shelter issues and the other issues that you raised. The question is: Are they having an impact? In my view, the answer is no.

As you know, Minister Bradshaw is very concerned about homeless issues. She is well aware, as is her department, of the size of the mental health component within the homeless group, primarily because of de-institutionalization. The reality is that the proof is in the pudding. There is not much done in that area.

Are we at the table in other areas? Certainly, we are at the table. Are we heard? From a "consumer" perspective, it is de rigueur now to have a consumer member of a committee. There are not many people as fortunate as I who have a big mouth and a willingness to be aggressive. The reaction of many consumer representatives has been to question whether they ought to take the appointments because they are not listened to.

The constant change of ministers is inconsequential because Health Canada does not care anyway, so it does not matter what minister they have.

Is there any policy or government direction in this regard? The answer is no. If there were a government policy that required application and a powerful minister was at Health Canada, and certainly Ministers Pettigrew and McLellan were powerful ministers, it would have an impact. If they were motivated to change Health Canada, which is a huge department, they might have had the chance to do that, had they had longevity and the willingness to confront the issue. Health Canada is a monster bureaucracy. The impact that a minister can have on it is not that great.

I have a comment on your question about medication. Traditionally, people who lived with depression or bipolar illness did not get treatment. They were hidden in the basement. They were killed. Huge numbers of women went through significant changes of their life with enormous personal consequences and consequences to their family and loved ones. Whether those issues were ever resolved, no one knows. However, there are all sorts of family stories in the past generations of what happened. Medication came along at the right time. It has been a lifesaver to many people.

Ma dernière question sera la suivante: Comment échapper à la violence dans laquelle nous baignons aujourd'hui? Demain, vous aurez de nombreux patients. Contrôlons-nous ce que nous voyons à la télévision? Que se passe-t-il actuellement dans le cas de la violence? Celle-ci aura des conséquences, voulues ou non. C'est tout.

La vice-présidente: Eh bien, vous avez de quoi faire. Qui va commencer?

M. Upshall: Je serai bref, parce que mes voisins connaissent ces choses-là plus en détail que moi. On compte beaucoup de représentants de service aux tables paritaires, des personnes qui parlent soi-disant au nom des sans-abri et qui interviennent sur les autres dossiers que vous avez mentionnés. Ont-elles un impact? Selon moi, la réponse est non.

Comme vous le savez, la ministre Bradshaw s'intéresse beaucoup aux sans-abri. Elle connaît parfaitement, comme les gens de son ministère, la proportion que représentent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale chez les sans-abri, surtout à cause de la désinstitutionnalisation. C'est à ses fruits qu'on juge l'arbre et force est de constater qu'on n'a peu fait dans ce domaine.

Sommes-nous présents aux tables dans d'autres domaines? Très certainement. Sommes-nous entendus? D'un point de vue des «consommateurs» il est maintenant de rigueur d'avoir un membre qui représente les consommateurs à chaque comité. Malheureusement, peu de gens s'expriment haut et fort et sont prêts à se montrer agressifs. Beaucoup de représentants des consommateurs se sont demandés s'ils devaient accepter les nominations qui leur étaient proposées, parce qu'on ne les écoute pas.

Le changement régulier de ministres n'a pas d'importance, parce que Santé Canada ne s'en préoccupe pas et que peu importe le ministre en place.

Existe-t-il des politiques ou des orientations gouvernementales à cet égard? La réponse est non. S'il y avait une politique gouvernementale sur ce plan et un ministre puissant à Santé Canada, ce qui a certainement été le cas avec M. Pettigrew et Mme McLellan, cela aurait un impact. Si ces gens-là avaient envie de changer santé Canada, qui est un énorme ministère, ils pourraient y parvenir à condition de rester suffisamment longtemps dans ce portefeuille et d'avoir véritablement envie de s'attaquer à ce dossier. Santé Canada est un monstre de bureaucratie. Un ministre ne peut pas avoir beaucoup d'impact sur cette organisation.

Je veux réagir à votre question sur les médicaments. Avant, les personnes atteintes de dépression ou de troubles de la bipolarité n'étaient pas traitées. On les cachait dans les sous-sols. On les tuait. Combien de femmes ont dû subir des changements considérables dans leur vie, au prix de conséquences énormes pour elles-mêmes, pour leur famille et leurs proches. On ne sait pas si ces problèmes étaient réglés. Il circule toutes sortes de récits familiaux, qui nous viennent des générations passées, sur ce qui s'est produit. Les médicaments sont arrivés à point nommé. Pour beaucoup, ils ont fait la différence entre la vie et la mort.

In reality, as you know, those who were not treated were shunned. My family had two friends who had people with severe mental illnesses totally incapable of treatment living with them. The big fear in those families was what would happen to my son or daughter when I go. Those impressions were made on me when I was very young.

I will speak to the science predominating over humanity comment quickly. The Mood Disorder Society of Canada and anyone involved in psychosocial issues recognizes the need in the spectrum to include peer support. Without peer support and community support, healing within the context that we define healing, is impossible. Drugs are important, but certainly, they are not the only answer.

Ms. Marrett: There is a growing recognition of the need to involve representatives from the mental health community in more and more either studies or committees. Mr. Upshall has made an excellent point about whether we are heard, however.

The challenge is that everyone wants to be heard. Our voice is not always as strong at those tables as we would like it to be. Some of that may result from the fact that we do not have the research that has been done to be able to support some of the statements and anecdotal evidence that we have. Some of it may relate to our capacity to be able to be involved.

The Canadian Mental Health Association is asked to be involved in a number of things. We do not have the capacity all the time to become involved. If they are not willing to invite someone else from the mental health community to sit at the table, it becomes that much more difficult because as an organization you do not want to lose an opportunity to have that voice heard.

I have a slightly different opinion than Mr. Upshall. There are some opportunities coming up that somehow the mental health community needs to be able to address. There are capacity issues in order to become more actively involved. Capacity is not just having the people, but it is also being able to have the research that is needed to be done in order to have a meaningful involvement. It is also important to have the financial resources.

You mentioned medication. A book published several years ago — it is entitled *Political Asylums*, by Ron LaJeunesse, who had a Muttart fellowship. He did research on the issue of mental health in Alberta, and started back in the 1800s. It is a phenomenal book, and one that is easy to read. He talks about what happened in the area of mental health and “feeble-minded” people in Alberta. In reading the book, one will discover that the changes that have taken place are quite amazing, but also that we are nowhere near where we should be. The book addresses issues such as why people are hospitalized if they do not need to be. It asks where the community supports are, et cetera.

Your question about how do we get out of the violence is very interesting. I am not sure that there is a recognition amongst policy makers all the time about where and how television and

En réalité, comme vous le savez, ceux qui n'étaient pas traités étaient cachés. Ma famille avait deux amis ayant des proches atteints de maladies mentales graves, que l'on ne pouvait absolument pas traiter, et qui résidaient avec eux. La grande peur de ces familles c'était ce qui pourrait advenir de leur fils ou de leur fille après leur départ. C'est cela que je retiens de ma jeunesse.

Je vais maintenant brièvement réagir au sujet de la prédominance de la science par rapport à l'humanisme. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada reconnaît, comme tous ceux qui travaillent dans le domaine psychosocial, qu'il faut inclure le soutien par les pairs dans les traitements dispensés. Sans cela et sans l'appui communautaire, la guérison, telle que nous la définissons, est impossible. Les médicaments sont importants, mais ils ne sont pas la seule réponse.

Mme Marrett: On admet de plus en plus qu'il faut faire participer les représentants du milieu de la santé mentale à davantage d'études ou de comités. Cependant, comme M. Upshall l'a si bien dit, reste à savoir s'ils sont entendus.

Le problème, c'est que tout le monde veut être entendu. Notre voix n'est pas toujours aussi forte à ces tables que nous le souhaiterions. Cela est peut-être dû au fait que nous ne pouvons pas nous appuyer sur certaines recherches pour soutenir nos déclarations et les preuves non scientifiques que nous avançons. C'est peut-être aussi dû en partie à notre capacité d'intervenir.

L'Association canadienne pour la santé mentale a été invitée à participer à plusieurs dossiers. Nous n'avons pas la capacité d'être partout. Si ceux qui nous invitent ne veulent pas faire venir d'autres représentants du milieu de la santé communautaire, les choses se compliquent parce qu'aucune organisation ne veut perdre la possibilité de se faire entendre.

Nous divergeons un peu d'opinion par rapport à M. Upshall. Il arrive parfois que le milieu de la santé communautaire doive sauter sur certaines occasions. Il y a bien sûr le problème de la capacité à participer à davantage de consultations. Cette capacité ne revient pas simplement à faire appel à des gens, mais aussi à s'appuyer sur les recherches synonymes d'une participation véritable. Il est important de disposer des ressources financières nécessaires.

Vous avez parlé de médicament. Il y a plusieurs années, un éditeur a publié un livre intitulé *Political Asylums*, signé par Ron LaJeunesse, qui était fellowship de Muttart. Il a fait remonter ses recherches sur la santé mentale en Alberta aux années 1800. Il s'agit d'un livre phénoménal, facile à lire. Il y parle de ce qui se passait dans le domaine de la santé mentale en Alberta et de ceux qu'on appelait les «débiles mentaux». À la lecture de ce livre on s'aperçoit que des changements formidables se sont produits, mais que nous sommes encore loin du compte. Le livre parle, par exemple, des raisons pour lesquelles les gens étaient hospitalisés quand ce n'était pas nécessaire. On y parle de l'appui communautaire et ainsi de suite.

Votre question sur la violence est très intéressante. Je ne suis pas certaine que les décideurs soient toujours conscients de l'influence de la télévision et des autres instruments de loisir. Je

other entertainment might influence. I think we are just beginning to learn about that, through some of the research over the last few years. We hope it will soon be seen and understood while policies are being made.

Some people at Health Canada truly believe and want to make a difference. When the Department of Health and Welfare was broken up and became Health Canada, we lost the absolute holistic viewpoint for mental health. All of a sudden that more holistic voice was not at the table in many of the discussions. When Health Canada was talking about health, often it was about physical illnesses and there was no strength.

When it was Health and Welfare Canada, there was a division for mental health in the 1980s and 1990s. Finally, after its disappearance, we have one unit but we are nowhere near where we should be. I have much faith in the unit and what the new manager wants to do, but it has many challenges ahead. If it is truly important, it should be, at minimum, a division.

Mr. McLean: It is hoped that NGOs will be increasingly present at policy level from CIHR to federal to provincial and so on. It simply has not been the case and it needs to be rectified. For anxiety disorders, many of the issues that you spoke of do not apply. This speaks to the diversity of needs across the spectrum of mental health disorders. People with anxiety disorders rarely need hospitalization, housing, transportation. At issue is the complete lack of specialty services.

I think you are right — it is lovely when people enter the helping professions, whether education, mental health or health, on the basis of compassion. Compassion is a gift. I would hope all those in the profession have that gift, but it is an insufficient condition to make significant change. Therefore, science is necessary — and the two are not mutually exclusive. I suggest we would need to marry compassion and science to achieve the most effective interventions. Medication is a godsend to so many people. In anxiety disorders, medication is effective in about 40 per cent of cases, and about two thirds of the people prefer psychosocial treatment to pharmaceutical intervention. That goes back to the topic of consumer choice. In many places, psychosocial treatments are not available and pharmaceutical interventions are key those places. We need both, I would suggest.

The violence issue is intriguing and disturbing at once, I agree. I am not sure that exposure to violence, aside from personal exposure as in the case of developing post-traumatic stress and seeing it on TV, necessarily cranks up one's vulnerability for the usual anxiety disorders, although I suspect that it does not. Stress can aggravate although it may not directly cause anxiety disorders.

crois que nous sommes tout juste en train de découvrir ce dont il est question, à la faveur des recherches effectuées ces dernières années. Nous espérons que ce phénomène sera mieux compris et intégré dans les futures politiques.

Il y a des gens, à Santé Canada, qui croient être en mesure de faire la différence et qui travaillent pour y parvenir. Quand le ministère de la Santé et du Bien-être a été dissout pour devenir Santé Canada, nous avons perdu le point de vue global en santé mentale. Soudain, la voix globale de la santé mentale a disparu de la table. Quand Santé Canada parlait de santé, c'était souvent de santé physique.

À l'époque de Santé et Bien-être Canada, dans les années 80 et 90, il existait une division de la santé mentale. Elle a disparu et nous avons bien une unité, mais elle n'a rien de comparable à ce qu'elle devrait être. J'ai confiance dans cette unité et dans ce que son nouveau directeur veut faire, mais de nombreux défis l'attendent en cours de route. Si ce dossier est vraiment important, ce service devrait, au moins, être une division.

M. McLean: Il est à souhaiter que les ONG soient de plus en plus présentes à l'étape de l'élaboration des politiques, au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et aux ICRS. Ce n'est actuellement pas le cas et il faut corriger la situation. La plupart des questions que vous avez soulevées ne concernent pas les troubles anxieux. Votre intervention illustre la diversité des besoins qui existent à cause du large éventail de problèmes de santé mentale. Les personnes atteintes de troubles anxieux ont rarement besoin d'être hospitalisées, elles n'ont pas besoin de logements ni de transports adaptés. Le grand problème, c'est la totale absence de services spécialisés.

Je crois que vous avez raison — c'est bien que des gens embrassent une profession par compassion, pour aider leur prochain, que ce soit dans le domaine de l'éducation, de la santé mentale ou de la santé en général. La compassion est un don. J'espère que tous ceux qui sont dans la profession ont ce don, mais il ne suffit pas pour changer les choses en profondeur. La science est donc nécessaire et les deux aspects ne s'excluent pas mutuellement. Je suggère d'allier la compassion et la science pour parvenir à des résultats efficaces. Les médicaments sont une bénédiction pour beaucoup. Dans le cas des troubles anxieux, ils sont efficaces dans environ 40 p. 100 des cas et les deux tiers des patients environ préfèrent des traitements psychosociaux à des interventions pharmaceutiques. Cela nous ramène à la question du choix par les clients. Cependant, comme les traitements psychosociaux sont rarement disponibles, les traitements pharmaceutiques sont fondamentaux. J'estime que nous avons besoin des deux.

La question de la violence est à la fois intrigante et troublante, j'en conviens. Je ne suis pas certain que l'exposition à la violence, outre une expérience personnelle source de stress post-traumatique, accroisse nécessairement la vulnérabilité de ceux et de celles qui ont une tendance aux troubles anxieux, mais je ne le crois pas. Le stress peut aggraver cet état, mais il n'est pas une cause directe des troubles anxieux.

If anything else, we truly need a vibrant, competitive system that looks at outcomes and allocates resources accordingly. That would solve most of our problems. If we have a monopoly, if we allow people to do what they want and pay them anyway, if we do not require evidence-based treatments, if we do not train family physicians to recognize the occurrence of these disorders more often — depression, anxiety — then we get what we designed. It is not sufficient, and that is why we are pleased to be here.

Mr. Gray: I have a quick comment because I agree with everything my colleagues have said. One of the real concerns is self-violence — suicide; 4,000 people in this country each year kill themselves. A small number of people with mental illnesses kill other people or are violent, and you are aware of them. For example, we have had a mother with postpartum depression that killed her children. If she had been treated, she would not have done that. I have been involved in cases wherein if the person had been treated, a tragedy would have been averted. Treatment, in terms of what we can offer, is early recognition and early treatment. This is critical, especially in respect of potential suicide cases. Homicide does not happen often, thank goodness, but again, early treatment is the answer. I do not have the broader perspective on television violence, et cetera, and I believe that is difficult. As a community, we could contribute to emphasizing effective early treatment.

Senator Léger: Often those are causes of becoming mentally ill. That is why I spoke to those things. There is much roughness of life around us that can contribute to the causes. I do not have a problem with medication for absolute cases. However, excessive medication can contribute to the causes. We have help now, but often science may go overboard. I want both, not just one, because it will not work.

The Deputy Chairman: The witnesses indicated there was agreement in that.

Senator Cook: I have pages of questions that we will not have time for today. First, Mr. McLean, I believe you mentioned the private-public partnership. Would that be funded from the public purse? Second, Mr. McLean, you talked about human resources. Would you include social workers? Would they be appropriately trained as professionals in this field? I believe there is an emerging role for the nurse-practitioner who could work in the mental health area of primary care, possibly in conjunction with a family physician.

Mr. McLean: I think all of the professional groups have a relevant role to play in mental health. Collaborative models of referral and support are necessary in a well-functioning system because the sources of an individual's particular problem may spill over into the various specialities. It is more likely that a private-public partnership would be more adroit, more flexible

De toute façon, je crois que nous avons besoin d'un système dynamique, compétitif, qui s'intéresse aux résultats atteints et qui attribue les ressources en conséquence. Cela résoudrait la plupart de nos problèmes. Dans un monopole, si nous permettons aux gens de faire ce qu'ils veulent et si nous les rémunérons quoi qu'il advienne, si nous n'exigeons pas des traitements fondés sur les résultats cliniques et scientifiques, si nous ne formons pas les médecins généralistes pour reconnaître plus sûrement ce genre de maladies — que ce soit la dépression ou l'anxiété — nous aurons alors ce que nous méritons. Pour l'instant, ce qui est fait ne suffit pas et c'est pour cela que nous sommes heureux d'être ici.

M. Gray: J'ai un bref commentaire à faire, parce que je suis fondamentalement d'accord avec ce que mes voisins viennent de dire. C'est la violence dirigée contre soi qui est la plus inquiétante; 4 000 personnes par an se suicident au Canada. Un petit nombre de ceux qui souffrent d'une maladie mentale en tuent d'autres ou sont violents, mais vous savez cela. Par exemple, il y a eu le cas de cette mère en dépression postpartale qui a tué son enfant. Si elle avait été traitée, cela ne serait pas arrivé. Je suis intervenu dans des cas où, si la personne avait été traitée, nous aurions pu éviter une tragédie. Le traitement que nous pouvons offrir se résume à une détection et à un traitement précoce. C'est fondamental, surtout dans le cas des personnes suicidaires. Dieu merci, les meurtres sont rares mais, là aussi, les traitements précoces sont la solution. Je n'ai pas de point de vue général à propos de la violence à la télévision, mais je pense que c'est un sujet délicat. Nous devrions contribuer à insister sur l'efficacité des traitements précoces.

Le sénateur Léger: Ce dont j'ai parlé constitue parfois des causes de maladies mentales. Il y a beaucoup de brutalité dans la vie et celle-ci peut être un facteur qui contribue à la maladie. Je ne vois rien de problématique dans les traitements médicamenteux, dans les cas absolus. Cependant, une médication excessive peut aussi contribuer aux causes. Nous avons de l'aide maintenant, mais la science va parfois trop loin. Je veux les deux, pas juste la science, parce que sinon ça ne fonctionnera pas.

La vice-présidente: Les témoins se disent d'accord avec votre déclaration.

Le sénateur Cook: J'ai des pages de questions que je n'aurai pas le temps de vous poser aujourd'hui. D'abord, monsieur McLean, c'est vous, je crois, qui avez parlé de partenariats entre secteur public et secteur privé. Ces partenariats seraient-ils financés par des fonds publics? Deuxièmement, monsieur McLean, vous avez aussi parlé de ressources humaines. Incluriez-vous les travailleurs sociaux? Estimez-vous qu'ils sont bien formés pour faire office de professionnels dans ce domaine? Je crois qu'il existe un rôle naissant pour les infirmiers et infirmières qui pourraient travailler dans le domaine de la santé mentale des soins primaires, sans doute en liaison avec les médecins de famille.

M. McLean: J'estime que tous les groupes professionnels ont un rôle pertinent à jouer en santé mentale. Les modèles de collaboration pour ce qui est de l'orientation et du suivi sont nécessaires au bon fonctionnement du système, parce que les difficultés rencontrées dans une spécialité peuvent se répercuter sur une autre. Les partenariats entre secteur public et secteur privé

and more able to put those groups together to provide the desirable outcomes. I wish the public system could do it, but for anxiety disorders to date, it has not done it. There is nothing encouraging, unless there is significant system reform, to make us believe that it will change.

Senator Cook: Would the partnership be funded from the public purse? The delivery would be private-public, but who would pay?

Mr. McLean: There are opportunities. For example, one of the big difficulties, as you know from the economic round table on mental health presented to you, the Fortune 500 of Canada are looking with aghast at the rise in disability payments. The most common disability is musculoskeletal — such as back pain — which causes people to miss work. There is a whole list of such disabilities. They are all flatlined and have been for decades, except for the second one — mental health. It is on the rise into the double digits at an alarming rate. Currently, 30 per cent to 40 per cent of short-term disability payments are in favour of mental health reasons. Yet, these folks are in the context of insufficient treatment.

I would have thought that the employers, then, would be in a position to contribute co-payments in this system. That is an example of a shared payment plan that I think could be entertained, because right now they are out of the loop. They have no recourse. They just hope that either the public system will do it or their own EAP program, which, by the time it gets to short-term disability, they are typically not involved.

Senator Cook: Given that we are working through the lens of a federal system, attempting to interface into a provincial system, I am searching for a way to interface. Those services are delivered provincially. I am coming to believe more and more every day that an open wallet will not do it. We have an opportunity now to be innovative. We have to look for innovation within the system. I am looking at the recommendations of the Canadian Mental Health Association. I have circled the first and the last. You are saying that this group should move forward on developing and implementing a pan-Canadian national strategy on mental illness/mental health to commit to increasing the capacity of the voluntary sector of the mental health community to participate in public policy development.

I would like insight on how to move this forward, because this is what you are saying to us. If there were time, I would ask you to do them all.

Ms. Marrett: I will ask my colleague, Mr. Upshall, to respond to the first one because he can talk about the strategy in more detail, based on his position with the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, if that is okay.

pourraient conférer davantage de souplesse et permettre à ces groupes de parvenir plus facilement aux résultats souhaités. J'espère que le système public y parviendra, mais jusqu'à présent, il n'a rien fait dans ce sens en ce qui concerne les troubles anxieux. La situation n'est pas encourageante et nous ne pensons pas que les choses changeront, sauf si l'on entreprenait une réforme en profondeur du système.

Le sénateur Cook: Et ces partenariats, seraient-ils financés par des fonds publics? La prestation des services se ferait par ces partenariats privés-publics, mais qui paierait?

M. McLean: Il y a des possibilités. Par exemple, une des grandes difficultés, comme la table ronde économique sur la santé mentale vous l'a exposé, c'est que les plus grandes sociétés canadiennes sont atterrées de constater l'augmentation des prestations d'invalidité. L'invalidité la plus répandue concerne l'appareil musculosquelettique — comme le mal de dos — et c'est à cause de cela que les gens ne se présentent pas au travail. Il existe toute une liste d'invalidités de ce genre. Les choses n'ont pas vraiment changé au cours des décennies, sauf pour les maladies mentales. Le nombre de personnes qui en souffrent ne cesse d'augmenter et on a largement dépassé les 10 p. 100, ce qui est inquiétant. Pour l'instant, 30 à 40 p. 100 des prestations d'invalidité à court terme sont versées au titre de la santé mentale. Et pourtant, les prestataires ne bénéficient pas de traitements appropriés.

J'aurais pensé que les employeurs auraient été en mesure de cofinancer le système. Il faudrait envisager un régime à contributions partagées parce que, pour l'instant, les employeurs sont laissés de côté. Ils n'ont aucun recours. Ils espèrent simplement que le système public s'en chargera et que leur programme de PAE ne soit pas sollicité quand les employés réclament des prestations d'invalidité à court terme.

Le sénateur Cook: Comme nous observons la question par le biais du système fédéral, j'essaie de trouver une façon de créer l'interface avec les systèmes provinciaux. Tous ces services sont provinciaux. J'en viens à penser de plus en plus que la solution ne consiste pas à délier complètement les cordons de la bourse. Nous avons maintenant la possibilité de faire preuve de créativité. Nous devons nous montrer novateurs. Prenez les recommandations de l'Association canadienne pour la santé mentale. J'ai encerclé la première et la dernière. Vous dites que ce groupe devrait élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale pancanadienne en matière de maladie mentale et de santé mentale afin de mobiliser davantage la capacité du secteur bénévole dans ce milieu autour de la formulation des politiques publiques.

Dites-moi comment les choses pourraient progresser à cet égard, parce qu'après tout c'est vous qui nous dites cela. Si nous avions du temps, je vous demanderais de tout faire.

Mme Marrett: Je vais demander à mon collègue, M. Upshall, de répondre à votre première question, parce qu'il pourra vous parler mieux que moi de stratégie étant donné le poste qu'il occupe à l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale, si cela vous convient.

Mr. Upshall: All of us associated with the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, and a number of NGOs in addition, support the need for federal leadership to establish a national strategy. The national strategy from our call to action is a relatively simple step-by-step process, involving, first, the need for additional surveillance so that we know exactly what we are dealing with. Much of the numbers that we deal with are anecdotal. We need much more funding dedicated towards research, and we need the involvement of the federal government in developing an awareness program and, generally speaking, taking a leadership role in providing direction and guidance to the provinces.

I would expand that a bit, personally, because I think our current Prime Minister has acknowledged his willingness to consider tied funding. In terms of requiring accountability and getting more bang for the buck, as discussed elsewhere today, is appropriate. The move towards a federal national strategy would be incredibly anti-stigmatizing. It would be a leadership model that would say to the rest of Canada, "This is something to which we need to pay attention." It would say to the rest of the provincial premiers and their health ministers that this is something that we will finally take seriously. That is the overarching idea that there is a national strategy over which we are all supportive and it is discussed more particularly in a number of documents that the research staff has.

Ms. Marrett: We are very supportive of the strategy and the importance of the strategy, particularly that it be coordinated across the country.

Your other question related to how we might be able to increase the capacity of the voluntary sector in the mental health community. About three or four years ago, the federal government announced the voluntary sector initiative. It was a \$94.6-million initiative that the government announced to assist the sector and to work with the sector on a number of different issues that were of common concern. A number of excellent things have come out of that.

The mental health community has a unique challenge in being able to provide the policy development work that is being asked of it by governments in different ways, which is one of the reasons for our recommendation. It follows along the federal government's commitment to the voluntary sector. It would also recognize the unique challenges that the mental health community has in its capacity. The Mood Disorder Society of Canada is not a very large organization in general, if you compare it to other organizations within the voluntary sector, as is the Schizophrenia Society of Canada and the Anxiety Disorders Association of Canada. That is one of the biggest challenges that we have from the voluntary sector's perspective, namely, that we do not have the capacity. Finding a way to assist organizations to develop that capacity would enable them to become more active in policy development, which is critical if the government is serious about

M. Upshall: Nous sommes tous associés à l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale et plusieurs autres ONG appuient l'idée que le gouvernement fédéral prenne l'initiative et instaure une stratégie nationale. La stratégie nationale que nous réclamons correspond à un processus à plusieurs étapes, relativement simple, qui passe d'abord par l'augmentation du niveau de surveillance pour savoir exactement ce à quoi nous avons affaire. La plupart des chiffres dont nous disposons n'ont pas de fondement scientifique. Il faut consacrer davantage de fonds à la recherche et faire en sorte que le gouvernement fédéral s'engage dans la prestation d'un programme de sensibilisation et, de façon plus générale, qu'il assume un rôle de premier plan en fixant des orientations aux provinces.

Personnellement, j'irais un peu plus loin étant donné que notre actuel premier ministre s'est dit prêt à accorder des fonds conditionnels. Il est normal d'exiger des comptes et d'obtenir un bon rendement de l'investissement, comme nous l'avons dit aujourd'hui. La mise en œuvre d'une stratégie nationale fédérale ferait beaucoup pour lutter contre la stigmatisation. Ce serait un modèle de référence pour le reste du Canada à qui l'on dirait «Voici ce à quoi nous devons faire attention». Je dirais aux autres premiers ministres provinciaux et à leurs ministres de la Santé qu'ils doivent, enfin, prendre cela au sérieux. Il faut savoir que nous appuyons tous cette idée force d'une stratégie nationale dont il est question dans plusieurs documents que possède le personnel de recherche.

Mme Marrett: Nous sommes tout à fait favorables à une telle stratégie et nous croyons en son importance, surtout si elle est coordonnée à l'échelle nationale.

Avec votre autre question, vous vouliez savoir si nous pourrions accroître la capacité du secteur bénévole dans le milieu de la santé mentale. Il y a trois ou quatre ans de cela, le gouvernement fédéral a annoncé une initiative du secteur bénévole. Il s'agissait d'un projet de 94,6 millions de dollars destiné à aider le secteur et à travailler avec lui dans différents dossiers d'intérêt commun. Il en est ressorti plusieurs choses excellentes.

Le milieu de la santé mentale est confronté à un défi unique puisqu'il est en mesure de contribuer au travail de formulation des politiques à l'invitation du gouvernement, d'une façon différente, d'où l'une de nos recommandations. Cela va dans le sens de l'engagement du gouvernement fédéral envers le secteur bénévole. Une telle stratégie reconnaîtrait aussi les défis tout à fait particuliers que le milieu de la santé mentale est en mesure de relever. La Société pour les troubles de l'humeur du Canada n'est pas très importante, comparativement à d'autres organisations du secteur bénévole, comme la Société canadienne de schizophrénie ou l'Association canadienne des troubles anxieux. Le manque de capacité est l'un des plus importants problèmes auxquels nous sommes confrontés dans le secteur bénévole. Si nous trouvions une façon d'aider les organisations à se doter d'une telle capacité, nous pourrions plus activement participer à la formulation de politiques, ce qui est fondamental si le gouvernement est sérieux

getting and hearing the various voices on that particular issue that they are dealing with — certainly on the issues related to mental health.

There are a number of other consumer organizations, and their capacity is also very limited to be able to become actively involved in policy development. All of the organizations want to become more actively involved but are absolutely limited by that. It seemed to follow very much along the lines of the government's commitment to the voluntary sector as a whole, particularly through the voluntary sector initiative.

Senator Cook: Given that we are people who live in communities, large or small, in order to move through this complex system of governance — if that is what it is — I am always searching for a way. Is the way, in part or in whole, through the premiers' council? Would that be a linkage? Will it be the new national plan that has been unfolded for public health that came into being primarily as a result of SARS? Could that be a vehicle for change and innovation to help this? What about integration of the NGOs? I have heard from the three of you today, who are all doing worthwhile work. Is that part of a new model, new innovation? Those are my questions.

Mr. McLean: The first step — and we are all very hopeful that this will happen — is that your committee will develop and support a national mental health plan and a set of policy guidelines. There is no silver bullet. It will not go necessarily one way or the other but will go out in many different directions, including the premiers' council, so that it is really clear what the importance of this, in your view, would be. I think that would be a wonderful jump ahead.

Having said that, the organizations that we all represent are volunteer organizations. We get our funding from wherever we can, for example, membership drives, cake sales — in our case, carol ship cruises at Christmas to raise funds. We have to ask ourselves what is practical. Going back to your point, there may be a possibility of you asking or expecting or setting as a target guideline for provincial health organizations to operationalize, through groups such as our own.

I will tell you about one program, briefly. We have a program called LEAF, which our provincial association started. It stands for Living Effectively with Anxiety and Fear. We developed it because of the lack of treatment capacity.

We brought in people on the Weight Watchers model who had previously had a disorder, for example, a panic disorder or agoraphobia, and overcame it. We paired them, trained them and gave them treatment models. We had them go out to their communities across the province and look for church halls or schools, somewhere that did not cost money, and run a bit of advertising, typically a public service announcement. We had them run a consecutive 12-week, once a week in the evening, two-hour program. The trick was that we provided consultation, from a specialist point of view. They could call us if they were having difficulty, if they had a question about diagnosis or about

quand il dit qu'il veut entendre les diverses voix désireuses de s'exprimer sur les questions qui l'intéressent, questions dont fait bien sûr partie la santé mentale.

Nombre d'autres organismes de consommateur ont une capacité trop limitée pour pouvoir véritablement participer à la formulation de politiques. Toutes les organisations veulent activement participer mais elles sont limitées par manque de moyens. Cela semble rejoindre l'intention du gouvernement qui est d'aider le secteur bénévole dans son ensemble, surtout par le truchement de l'initiative sur le secteur bénévole.

Le sénateur Cook: Étant donné que nous résidons tous dans des petites ou grandes collectivités, je me demande comment parvenir à naviguer dans ce système complexe de gouvernance, si c'est bien le cas. Cela se fera-t-il en partie ou principalement par le biais du conseil des premiers ministres? Aurait-on un lien à ce niveau-là? Cela se fera-t-il par le truchement d'un nouveau plan national qui a principalement été mis en œuvre dans le sillage du SRAS? Est-ce que ce pourrait être véhicule de changement et d'innovation? Que dire aussi de l'intégration des ONG? J'ai entendu vos déclarations, à vous trois qui faites tous œuvre utile. Cela fait-il partie du nouveau modèle, de la nouvelle innovation? Voilà mes questions.

M. McLean: La première étape — et nous espérons tous qu'elle se produira — c'est que votre comité élabore et appuie un plan national en santé mentale et un ensemble de directives politiques. Il n'y a pas de recette magique. Les choses n'iront pas uniquement dans un sens ou dans l'autre, mais dans plusieurs directions à la fois, notamment avec le conseil des premiers ministres et vous avez une bonne idée de l'importance que cela revêt. Je crois que ce serait un progrès fantastique.

Cela dit, les organisations que nous représentons sont des organismes bénévoles. Nous allons chercher notre financement là où nous pouvons, par exemple en recrutant des membres, en vendant des gâteaux et, dans notre cas, en organisant des croisières à Noël à titre de campagne de financement. Nous devons nous demander ce qui est pratique. Pour en revenir à ce que vous disiez, vous pourriez peut-être demander ou fixer un objectif aux organisations provinciales de la santé pour opérationnaliser tout cela par le biais de groupes comme le nôtre.

Je vais brièvement vous parler du LEAF que nous administrons, pour «Living Effectively with Anxiety and Fear», autrement dit Vivre bien malgré l'anxiété et la peur. C'est notre association provinciale qui l'a lancé parce que la capacité de traitement était insuffisante.

Nous avons rassemblé des gens qui avaient guéri de tels troubles dans le passé, comme des troubles de panique ou d'agoraphobie, un peu sur le modèle de Weight Watchers. Nous les avons jumelés, les avons formés et leur avons donné les modèles de traitement. Nous leur avons demandé de sillonner les villes et villages de la province et de trouver des salles paroissiales ou des écoles, autrement dit des lieux ne coûtant pas très cher, et de faire un peu de publicité, le plus souvent sous la forme d'annonces publiques. Nous leur avons demandé de faire cela pendant 12 semaines de suite, une fois par semaine en soirée à raison de deux heures à chaque fois. L'astuce consistait à donner

how to proceed with an individual person, and so on. We were absolutely surprised at the outcomes. These are open trials, as opposed to random controlled trials. We are getting people back to work, off disability — it is just astonishing. It is in the community — the people are credible who are already there.

That is a model that we would like to cookie cutter across. We are talking with CMHA provincially to see if there is something that we might do collaboratively. That is the kind of model that I would like to see our province support. The finances are not significant here. It is the will for cooperation between the government, the NGOs and other groups, including private groups that have the ideas and the commitment to making these things work.

Mr. Gray: Could I just make a comment about your question about integration? I think what you are seeing here is an example of that. We have members here — there are now 13 members in the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. As individual organizations, schizophrenia, anxiety and so on, we represent particular constituents; but as an integrated body, we belong to the Canadian alliance.

It is a bit like within the physical sphere: We have heart and lung, cancer and various other societies with a concern about a particular disorder or illness. In fact, I do not think they are as well integrated as we are. Certainly, at the federal level we have this well-integrated organization.

In the provinces, it varies. Alberta has a strong one. It is not as well organized in B.C., and I do not know about the others. However, in essence, at this level, we have a fairly effective, integrated group. If you wanted to pick just one person to talk to, you would talk to Mr. Upshall as the chair of our particular alliance.

Ms. Marrett: In response to some of your comments, I would not want to see the committee put all their eggs in one basket by working through the premiers' council. That is one of many different avenues. One of the things we all need to do — and certainly at the Canadian Mental Health Association, we are trying very hard to do — is think out of the box. Think about other organizations or other individuals that you would not normally go to to talk to about the issues related to mental health.

One example is the Canadian Federation of Municipalities. In the end, municipalities bear the brunt of many issues related to mental health. We are initiating conversations with them to talk about where we may see some synergies together in order to be able to effectively address issues of concern that actually are of common concern, although we may not have seen it in that way before. It is ways such as that that we will be able to see a real influence and see some real change.

les consultations, d'un point de vue de spécialistes. Ces gens-là pouvaient nous appeler en cas de difficulté, pour nous poser une question au sujet d'un diagnostic ou pour savoir comment s'y prendre face à telle ou telle personne. Nous avons été très étonnés des résultats. Il s'agit d'essais ouverts, plutôt que d'essais aléatoires réalisés en condition de contrôle. Nous ramenons les gens au travail, nous les tirons de leur invalidité — c'est tout simplement étonnant. Tout cela se passe au niveau de la collectivité et ce sont des gens crédibles qui s'en occupent.

Voilà un modèle que nous aimerions reproduire partout. Nous sommes en liaison avec les ACSM provinciales pour étudier ce que nous pourrions faire ensemble. Voilà le genre de modèle que j'aimerais que notre province appuie. Les budgets ne sont pas très importants dans ce cas. Le tout fonctionne surtout grâce à la collaboration entre les gouvernements, les ONG et des groupes, notamment ceux du secteur privé, qui ont les idées et la détermination nécessaires.

M. Gray: J'aimerais réagir au sujet de votre question sur l'intégration. Je crois que vous êtes en train d'en voir un exemple ici. Vous avez ici 13 membres de l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale. Les organisations individuelles représentent des clientèles particulières, par exemple dans le cas de la schizophrénie, de l'anxiété, ainsi de suite, mais nous appartenons tous à l'Alliance canadienne.

C'est un peu comme si nous étions dans une sphère physique: on retrouve des sociétés qui s'occupent du cœur et des poumons, du cancer et d'autres troubles ou maladies. D'ailleurs, je ne pense pas que ces sociétés soient aussi intégrées que nous. Nous avons une organisation parfaitement intégrée au niveau fédéral.

Dans les provinces, cela varie. L'Alberta est fortement intégrée. Les choses ne sont pas très bien organisées en Colombie-Britannique et je ne sais pas ce se passe ailleurs. Quoi qu'il en soit, à cet échelon, nous avons réussi à constituer un groupe intégré relativement efficace. Si vous voulez parler à une seule personne, vous pouvez vous adresser à M. Upshall qui préside notre alliance.

Mme Marrett: Pour répondre à certains de vos commentaires, j'aimerais que le comité mette tous ses œufs dans le même panier en travaillant par le biais du conseil des premiers ministres. C'est là une des nombreuses pistes possibles. Il y a une chose que nous devons tous faire — et à l'Association canadienne pour la santé mentale, nous essayons très fort d'y parvenir — c'est de sortir des cadres établis. Songez aux autres organisations ou aux autres individus à qui vous vous adresseriez normalement sur les questions de santé mentale.

Il y a, par exemple, la Fédération canadienne des municipalités. Au bout du compte, ce sont les municipalités qui subissent l'essentiel des problèmes liés à la santé mentale. Nous avons entrepris des discussions avec elles pour essayer de dégager certaines synergies et être en mesure de nous attaquer efficacement aux questions qui nous préoccupent les uns et les autres, même si nous n'avons pas forcément envisagé la chose de cette façon auparavant. C'est en procédant ainsi que nous parviendrons à voir les véritables influences et à constater de vrais changements.

Senator Cook: I throw out the question, because for 30 years I have been a volunteer on a community-based board, running a social centre that arose when de-institutionalization came about. It has evolved into a cohesive community doing wonderful things. We are not connected to anybody. We are just there. We offer the service and I think we do great advocacy for our consumers. We are not connected to anybody.

Senator Keon: First of all, I wanted to tell you that I am sorry that I could not be here for the entire meeting. Senator Morin and I had to attend another committee and we just could not get here on time.

You raised the question of the private sector. It is very interesting that here in Ottawa there is an institutional experiment with the private sector. You may not be aware of it, but I will tell you about it and hear your comments.

The Royal Ottawa Hospital has gone to the private sector and asked a private corporation to build a new hospital. In other words, they will provide the hotel functions of the Royal Ottawa Hospital and the Royal Ottawa Hospital will provide the program functions. How this will all work out, I do not know, but it certainly is something totally new and different.

I appreciate your reference to the private-sector involvement with something totally different down at the delivery end. I think that will become necessary also, but it is something totally different.

I wanted to hear your comments about how reasonable you think it is for the institutional sector to be going to the private sector to fundamentally have the private sector provide the hotel functions of their programs?

Mr. McLean: I am unfamiliar with the one that you mentioned, but it is not surprising. I think when we bifurcate into entirely private or entirely public, we run the risk of getting the worst of either world. It is appealing to me, as I have seen in other jurisdictions, where you have a partnership, where there is input and there are clear performance expectations and mechanisms for intervention and cooperation all the way through. I think that allows us to have the innovation that can occur in the private sector, and we can share that with public sector.

I was thinking not so much of the building infrastructure per se as the program part, only because it is simply not available. I think it needs to be cooperatively managed, at some level. Otherwise, it puts so many Canadians in a hopeless position — they simply cannot get treatment.

Right now, it is being solved with anxiety disorders in a private way, but an unsatisfactory way, I would suggest, because they are going state-side for treatment. The difficulty is that it can be provided cheaper here, I think, and it does not help to have

Le sénateur Cook: Je voudrais poser cette question, parce que je siège bénévolement à un conseil communautaire depuis 30 ans, conseil qui administre un centre social créé dans la foulée de la désinstitutionnalisation. Ce centre est devenu un projet communautaire cohérent qui fait des choses merveilleuses. Nous n'avons de lien avec personne en particulier. Nous existons, c'est tout. Nous offrons les services et je pense que nous faisons beaucoup pour les clients que nous représentons. Nous ne sommes rattachés à personne.

Le sénateur Keon: Tout d'abord, je tenais à vous dire à quel point je suis désolé de ne pas avoir assisté à toute la réunion. Le sénateur Morin et moi-même avons dû participer à un autre comité et n'avons pu nous rendre ici à temps.

Vous avez parlé du secteur privé. Chose intéressante, nous sommes en train, à Ottawa, de mener une expérience institutionnelle avec le secteur privé. Vous n'êtes peut-être pas au courant, mais je vais vous dire ce dont il s'agit et vous me direz ensuite ce que vous en pensez.

L'Hôpital Royal d'Ottawa s'est tourné vers le secteur privé pour demander à une société de lui bâtir un nouvel établissement. Autrement dit, le secteur privé s'occupera des fonctions de résidence de l'Hôpital Royal d'Ottawa qui, lui, se chargera de l'administration des programmes. Je ne sais pas comment les choses vont fonctionner, mais c'est une formule totalement nouvelle et différente.

Je comprends votre allusion aux partenariats secteur privé-secteur public pour parvenir à une formule totalement différente au niveau de la prestation des services. Je pense que cela sera également nécessaire, mais c'est quelque chose d'entièrement différent.

J'aimerais que vous me disiez, selon vous, s'il est raisonnable que le secteur institutionnel se tourne vers le secteur privé pour lui confier les fonctions d'hébergement des programmes qu'il administre?

M. McLean: Je ne connais pas l'exemple dont vous avez parlé, mais ce n'est pas étonnant. Quand on opte pour une formule entièrement administrée par le secteur privé ou par le secteur public, on risque d'avoir le pire des deux mondes. J'aime les partenariats, comme j'ai pu le constater dans d'autres provinces, où l'on peut participer, où l'on s'attend à des résultats et où il existe des mécanismes d'intervention et de collaboration à tous les échelons. Le partenariat est une formule qui permet de profiter de l'innovation caractéristique du secteur privé et de la mettre au service du secteur public.

Je ne pensais pas tant à l'aspect «structures» qu'à la prestation des services qui ne sont actuellement pas offerts. Il faut administrer ces services en collaboration avec d'autres, à un échelon ou à un autre. Sinon, beaucoup trop de Canadiens se retrouvent dans une situation désespérée parce qu'ils ne peuvent pas obtenir les traitements nécessaires.

Pour l'instant, dans le cas des troubles anxieux, nous nous tournons vers le secteur privé, mais j'estime que la formule n'est pas satisfaisante parce que celui-ci se tourne vers l'État pour tout ce qui est traitement. La difficulté tient au fait que les traitements

intensive treatment outside of your jurisdiction and come back and not have local follow-up. It is much like drug or alcohol rehabilitation. A better way of providing regional centres for that in a 3-P model is very worth exploring.

Ms. Marrett: One of the things we always need to do is look at some of the experiences that have taken place. One example is in Ontario with the Victorian Order of Nurses, where the government went into a much more private mode. Many of the services that the VON provided — they lost the contracts with government from a service point of view — are no longer provided in many communities to that extent. I would caution us to ensure that we examined all of that in order to learn from that — should we go down that road? In the end, communities have suffered, and they continue to, because what the private sector is offering is not at all what the VON was offering as a whole. There is nobody else, no other organization that replaces that. I would caution us to look at it. I have heard a little bit about the Royal Ottawa Hospital experience, but I do not know enough about it at this point to comment specifically on that.

Senator Callbeck: Thank you very much. I wanted to follow up on something that Mr. Upshall said in his brief.

There is a recommendation here regarding the development of a national strategy, and you said you would like to see this in our final report. The recommendation is a group of deputy ministers at the federal level, and they would have a committee — I believe you called it a blue panel committee — that would advise them.

Who would be on that? What would be the makeup of that committee? What type of qualifications are you looking for?

Mr. Upshall: You are looking at them right here — the people who have their hands dirty in this field, who know the needs, and who can provide the advocacy that is necessary to infuse the deputy minister with great vigour and enthusiasm for doing a good job.

Senator Callbeck: What about the provinces? Would they have input for this?

Mr. Upshall: Not for the national strategy, but as you roll out a national strategy, it will require the involvement of the provincial ministries of health and other ministries, because obviously you will not have the necessary impact.

To start, the federal government has within its own capacity the ability to establish a strategy, start on surveillance and change methodologies and corrections in the homeless area. There are all sorts of opportunities for the federal government to take leadership through additional funding towards research and involving the provinces as partners in the delivery of the services and tying funding to them.

peuvent être offerts à un moindre coût ici et qu'il ne sert à rien d'envoyer des patients hors de la province pour subir des traitements intensifs puis de les rapatrier sans pouvoir leur offrir les services de suivi. C'est un peu comme dans le cas des cures de désintoxication des alcooliques ou des toxicomanes. Le mieux serait d'envisager l'application d'un modèle du type 3P dans les centres régionaux.

Mme Marrett: Ce qu'il faut faire; il faut étudier certaines des expériences qui ont déjà eu lieu. Prenons, par exemple, ce qu'a fait le gouvernement de l'Ontario quand il a décidé de privatiser davantage les services qu'offrait jusqu'alors l'Ordre de Victoria du Canada. Un grand nombre de services offerts par VON — qui a perdu les contrats du gouvernement — ne sont plus dispensés dans de nombreuses collectivités. Je ferais donc une mise en garde: nous devons examiner cette situation pour en tirer les enseignements et nous demander si cela correspond à la formule que nous voulons appliquer. Au bout du compte, ce sont les collectivités qui ont souffert dans ce cas et elles continuent à souffrir parce que le secteur privé n'offre pas tous les services qu'offrait VON. Il n'y a personne d'autre, aucune autre organisation qui remplace VON. Je fais une mise en garde parce qu'il faut bien examiner la chose. J'ai un peu entendu parler de l'expérience de l'Hôpital Royal d'Ottawa, mais je n'en connais actuellement pas assez pour vous faire part de mes réactions.

Le sénateur Callbeck: Merci beaucoup. Je voulais enchaîner sur un point qui apparaît dans le mémoire de M. Upshall.

Vous recommandez ici d'élaborer une stratégie nationale et vous voudriez que cela se retrouve dans notre rapport final. Vous recommandez la mise sur pied d'un groupe interministériel, au niveau de sous-ministre, qui serait conseiller par un conseil d'administration composé de personnalités — vous parlez en français d'«arcèpage».

Qui siègerait à ce comité? De qui serait-il constitué? Quels genres de compétences recherchez-vous?

M. Upshall: Vous avez ces gens-là devant vous — ce sont ceux et celles qui travaillent sur le terrain, qui connaissent les besoins, qui peuvent intervenir quand cela est nécessaire pour instiller davantage de vigueur et d'enthousiasme aux sous-ministres afin qu'ils fassent du bon travail.

Le sénateur Callbeck: Et les provinces? Ont-elles leur mot à dire?

M. Upshall: Pas à l'étape de l'élaboration de la stratégie nationale, mais au moment où elle sera mise en œuvre, oui. Les ministères provinciaux de la Santé et les autres ministères devront y participer, sinon, vous n'obtiendrez pas l'effet recherché.

Pour commencer, le gouvernement fédéral est en mesure d'arrêter une stratégie, à commencer par la surveillance et les changements de méthodologie de même que par les correctifs à apporter dans le secteur de l'itinérance. Le gouvernement fédéral pourrait donc assumer un rôle de leadership sur bien des plans en versant des fonds supplémentaires au titre de la recherche et en invitant les provinces à travailler en partenariat avec lui à la prestation de services, l'octroi du financement étant conditionné à la prestation de ces services.

At the outset, you want to do something that is not antagonistic towards the provincial governments, and none of our recommendations are, but it is a start. We need a start. We have to stop the discussions and move forward on action.

Senator Callbeck: You would not involve the provinces until you start to implement the plan?

Mr. Upshall: I would like to see a commitment by the federal government to move forward within its own area of jurisdiction, followed very quickly by meaningful provincial consultations. I am not saying that the federal government move forward and thumb its nose at the provincial government, but the reality is that the federal government needs to exercise leadership. The national strategy would not be an independent federal model. However, there are many federal-provincial strategies. For example, there is the Australian strategy that you heard about last week that we could model it on.

Senator Callbeck: Has there been a past attempt to develop a national strategy of mental health within Canada?

Mr. Upshall: Not at the national level, to my knowledge. About 40 years ago, commissioner Hall said it is the biggest issue, and I do not think we have made any progress. Provincially, the only province that I know well is Ontario — which has had their mental health implementation task forces. However it has not done anything for the people on the ground. Alberta has undertaken some major structural changes, and to their benefit they have recognized some problems within it and they are trying to change it. However, a lot of the cost savings have been achieved on the backs of people without a voice, and that is the people with mental illnesses.

The Deputy Chairman: On behalf of all of my colleagues, I wish to thank our witnesses. We have had two hours of excellent presentations and questions. Thank you all for attending here.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, May 13, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

[English]

Mr. Daniel Charbonneau, Clerk of the Committee: Honourable senators, it is my duty to inform you of the unavoidable absence of the Chair and Deputy Chair. Therefore, pursuant to the rules of the Senate, I am prepared to take nominations for an acting chair.

Au début, il faut veiller à ne pas s'aliéner les gouvernements provinciaux, ce que nous évitons avec nos recommandations, mais c'est un début. Il faut commencer quelque part. Nous devons arrêter de palabrer et passer aux actes.

Le sénateur Callbeck: Vous ne voulez pas faire appel aux provinces avant l'étape de la mise en œuvre du plan?

M. Upshall: J'aimerais que le gouvernement fédéral s'engage à aller de l'avant dans son propre champ de compétence et qu'il enchaîne très rapidement par la tenue de véritables consultations avec les provinces. Je ne dis pas que le gouvernement fédéral doit faire un pied de nez aux gouvernements provinciaux, mais dans les faits, c'est lui qui doit faire preuve de leadership. La stratégie nationale ne serait pas en marge du modèle fédéral. Il existe de nombreuses autres stratégies fédérales-provinciales. C'est le cas, par exemple, en Australie, cas dont on vous a parlé la semaine dernière et dont nous pourrions reprendre le modèle.

Le sénateur Callbeck: A-t-on, dans le passé, déjà essayé d'élaborer une stratégie nationale dans le domaine de la santé mentale au Canada?

M. Upshall: À ma connaissance, pas à l'échelon national. Il y a une quarantaine d'années, le commissaire Hall a dit que c'était le plus gros problème de l'époque, et je ne pense pas que nous avons progressé depuis lors. À l'échelle provinciale, il n'y a que l'Ontario, que je connais bien, qui dispose d'un groupe de travail chargé de mettre en œuvre une stratégie en santé mentale. Cependant, rien n'est fait pour les gens sur le terrain. L'Alberta a entrepris d'importants changements structurels et il faut accorder à cette province qu'elle a pris acte de certains problèmes et qu'elle essaie de changer les choses. Il demeure qu'une grande partie des économies a été réalisée sur le dos des grands muets de la société, c'est-à-dire de ceux qui souffrent de maladies mentales.

La vice-présidente: Au nom de tous mes collègues, je tiens à remercier nos témoins. Nous venons d'avoir deux heures d'excellents échanges constitués d'exposés et de questions. Merci à vous tous de vous être rendus à notre invitation.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 13 mai 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

[Traduction]

M. Daniel Charbonneau, greffier du comité: Honorables sénateurs, il est de mon devoir de vous informer de l'absence forcée du président et du vice-président. En conséquence et conformément au Règlement du Sénat, je suis prêt à recevoir les nominations au poste de président suppléant.

Senator Cordy: I would like to nominate Senator Morin to act as chair for today's meetings.

Mr. Charbonneau: It is moved by Senator Cordy to appoint Senator Morin as acting chair for today's meeting. Is it your pleasure, honourable senators to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Senator Yves Morin (*Acting Chairman*) in the Chair.

The Acting Chairman: This morning we are pursuing our study on mental health. It is an important issue.

I thank you very much for appearing before us. I think that you have agreed on the order of your presentations. We would like to have from you a short presentation, and then we will have time for questions afterwards.

We will begin with Dr. Kirmayer from the Department of Psychiatry at McGill. He will be followed by Ms. Restoule and Dr. Wieman.

Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill University: Honourable senators, I will try to keep my presentation brief. I sent along some slides and I will skip over some of them to stay within the time allotted.

I will give you some background information on what we know or do not know about the level of mental health problems in the Aboriginal population in Canada. I will raise some conceptual issues that are important for the design and delivery of health services and health promotion. We will be able to come back to a variety of issues as we move through the presentation.

I direct a program in cultural psychiatry that is mainly centred on raising questions about the relevance of mental health concepts and services cross culturally. That applies to the multicultural population of Canada, including Aboriginal peoples, immigrants and refugees, as well as to international work. I will be talking specifically about my own and other people's work relating to Aboriginal peoples. Some of the conceptual issues and the implementation of services are very similar across these different domains.

I will touch briefly on what is covered in talking about mental health and mental illness as an important continuum or set of contrasts for Aboriginal peoples and the gaps in knowledge that exist. As you will hear in a moment, we do not know a great many things that we need to know to plan services that will be effective.

I will talk briefly about suicide as an index of problems. That is one thing that we know a fair bit about. I think the other witnesses will speak to unique issues of mental health for Aboriginals. There are common issues for all Canadians, but there are specific issues for Aboriginal communities and populations. I will briefly touch on gaps in services because I know that this will be a focus the other presentations. I will also cover what is known generally about culturally appropriate models of intervention. One size

Le sénateur Cordy: Je propose que le sénateur Morin occupe le poste de président pour la réunion d'aujourd'hui.

M. Charbonneau: Il est proposé par le sénateur Cordy que le sénateur Morin occupe le poste de président suppléant pour la réunion d'aujourd'hui. Honorables sénateurs, êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le sénateur Yves Morin (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

Le président suppléant: Nous poursuivons ce matin notre étude sur la santé mentale. C'est une question importante.

Merci beaucoup de comparaître devant nous. Je crois que vous avez convenu de l'ordre de vos exposés. Nous vous demandons de faire un bref exposé afin qu'il y ait assez de temps pour les questions.

Nous commençons par le Dr Kirmayer, du département de psychiatrie de l'Université McGill. Il sera suivi de Mme Restoule et de la Dre Wieman.

Le Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, Université McGill: Honorables sénateurs, j'essaierai d'être bref. J'ai apporté quelques diapositives, je ne les utiliserai pas toutes afin de ne pas dépasser mon temps de parole.

Je passerai en revue ce que nous savons ou ne savons pas des problèmes de santé mentale de la population autochtone au Canada. Je soulèverai des questions conceptuelles importantes pour l'élaboration et la prestation des services de santé et pour la promotion de la santé. Tout au long de l'exposé, nous aurons l'occasion de revenir sur certaines questions.

Je dirige un programme de psychiatrie culturelle visant essentiellement à soulever les questions relatives à la pertinence des concepts et des services de santé mentale transculturellement. Ce programme concerne la population multiculturelle du Canada, y compris les Autochtones, les immigrants, les réfugiés et porte aussi sur les travaux à l'échelle internationale. Je parlerai surtout de mes travaux et de ceux d'autres personnes sur les Autochtones. Dans ces différents domaines, certaines questions conceptuelles et la mise en œuvre de services sont très similaires.

Je passerai rapidement sur ce qui a été dit au sujet de la santé mentale et la maladie mentale en tant que continuum ou série de contrastes importants pour les Autochtones et les écarts de connaissance qui existent. Comme vous allez l'entendre dans un instant, beaucoup d'éléments nécessaires à l'élaboration de services efficaces nous sont inconnus.

Je parlerai brièvement du suicide comme indice de problèmes, un domaine que nous connaissons bien. Je crois que les autres témoins traiteront de questions spécifiques à la santé mentale des Autochtones. Ces questions concernent tous les Canadiens, cependant, certaines sont spécifiques aux collectivités et populations autochtones. J'aborderai brièvement les disparités au niveau des services, car je sais que d'autres exposés ont en fait leur thème principal. Je parlerai de nos connaissances générales des modèles d'intervention adaptés culturellement. Il n'y a pas de

does not fit all. There must be some serious consideration of people's backgrounds, language and so on to provide effective services.

I will skip over the information on the demography of Aboriginal peoples; the main point is simply that there is a significant amount of diversity. The Aboriginal population suffers from substantially poorer physical and mental health than the average Canadian. I will not belabour the statistics on this slide. I think they are very important figures, but I assume the committee has access to much information on this subject.

There is a significant amount of missing information in respect of the range of mental health problems. There have been no studies to date that have really used up-to-date psychiatric epidemiological methods to estimate the range of psychiatric disorders in Aboriginal communities. Instead, we have health surveys that ask some general questions about people's understanding of their problems, their experience and their sense of what the dominant problems are.

One major innovation that has occurred in contemporary psychiatry is the development of structured diagnostic methods and needs assessments, so that one can get a better sense of the specific needs of a population. This is important for Aboriginal peoples because there is a broad range of issues and concerns that people have, which, at one end, include severe major psychiatric disorders such as chronic illnesses, schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder. At the other end, they shade into common problems, such as family problems and marital problems, domestic violence and other kinds of social and everyday problems that may be quite prevalent and usually fall within the purview of mental health care systems. When people use the terms "mental health" and "mental illness," they should think not only of the smaller area of very severe disorders, but also the much larger area of milder conditions, many of which are perhaps not medical conditions. They need to be understood in other frameworks such as social work, community development and others.

That highlights the broad territory that is covered when one talks of mental health. In developing a mental health plan, the Assembly of First Nations and the Inuit Tapirisat talk about "mental wellness" in a broader sense because it goes beyond affliction to include positive aspirations for health. In psychiatry, we are predominantly concerned with the more severe end of the spectrum but the techniques and approaches can span the gamut.

There is no really good psychiatric epidemiology that provides definitive figures. There are many studies that look at clinical samples when people are doing consultation work or there is a demographic actually seeking help. Those show a broad range of problems and probably higher prevalence rates, but you cannot be certain about community prevalence rates from clinical samples.

We do have good evidence in the area of suicide where it is clear that some, though not all, First Nations and Inuit communities have elevated rates of suicide behaviour, people

solution unique. Les antécédents des gens, leur langage, et cetera doivent faire l'objet d'un examen sérieux si l'on veut une prestation de services efficace.

Je sauterai les données démographiques des Autochtones; ce qui est important de retenir, c'est la grande diversité. La population autochtone a plus de problèmes de santé physique et mentale que la population en général. Je ne m'étendrai pas sur les statistiques de cette diapositive. Je pense qu'elles sont importantes, mais je suppose que le comité a accès à beaucoup de renseignements sur ce sujet.

Nous manquons beaucoup de renseignements sur l'éventail des problèmes de santé mentale. À ce jour, aucune étude n'a vraiment utilisé des méthodes épidémiologiques psychiatriques récentes pour évaluer le taux des troubles mentaux dans les collectivités autochtones. Il y a, plutôt, des enquêtes sur la santé concernant la façon dont les gens comprennent leurs problèmes, leur expérience et ce qu'ils estiment être leurs problèmes essentiels.

Le développement de méthodes structurées au niveau du diagnostique et de l'évaluation des besoins permettant une meilleure compréhension des besoins spécifiques à une population est une importante innovation de la psychiatrie contemporaine. Cela est significatif pour les Autochtones à cause du large éventail de problèmes et de préoccupations incluant, d'un côté, des troubles mentaux majeurs sévères, par exemple: les maladies chroniques, la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles dépressifs majeurs. Et, de l'autre côté, des problèmes courants tels que les problèmes familiaux et conjugaux, la violence familiale et toutes sortes de problèmes sociaux et quotidiens pouvant être assez graves et relevant habituellement des systèmes de soins de santé mentale. Quand les gens utilisent les termes «santé mentale» et «maladie mentale», ils ne devraient pas penser seulement à un petit nombre de troubles très sévères, mais à un plus grand nombre d'états mentaux moins graves dont beaucoup ne sont pas pathologiques et, qui doivent être traités dans des cadres différents tels que le travail social, le développement communautaire, et cetera..

Donc, la santé mentale couvre un territoire plus large. Dans l'élaboration d'un plan de santé mentale, l'Assemblée des Premières nations et les Inuits Tapirisat donnent au terme «bien-être mental» un sens plus large, car il va au-delà de l'affliction pour inclure la volonté d'être en bonne santé. En psychiatrie, nous nous préoccupons essentiellement des troubles les plus sévères, mais les techniques et les approches s'étendent à toute la gamme.

Il n'y a pas vraiment de bonne épidémiologie psychiatrique qui donne des chiffres définitifs. De nombreuses études se fondent sur les échantillons cliniques de gens qui vont en consultation ou lorsqu'un groupe cherche de l'aide. Ces études indiquent un large éventail de problèmes et, probablement, des taux de prévalence plus élevés, mais on ne peut pas se fier aux taux de prévalence de la collectivité à partir d'échantillons cliniques.

Pour ce qui est du suicide, les preuves indiquent clairement que certaines, mais pas toutes, collectivités des Premières nations et des Inuits ont des taux élevés de suicide, de personnes qui se sont

dying by suicide and suicide attempts. I will not belabour this because a significant amount of literature is available. This has been a significant concern in many communities.

There is wide variation across communities, which is important because it points to the possibility that there are characteristics of certain communities that are protective. This is not something that has affected every community the same way.

The next slides show that the overall rate of suicide, based on data from Health Canada on status Indians, is higher than in the general population and has been consistently higher for several decades. In a number of communities — notably among the Inuit in Nunavut, Nunavik, and in Anishnawbe communities the rates have continued to rise in recent years. This is a matter of concern because there has been some provision of services and interventions but many communities have not been able to get a handle on this problem.

The Chairman: May I interject here? Your slide shows the number of suicides and it is a real catastrophe. Is it a real curve? Is it because we now report more, or is there, in fact, such an increase?

Dr. Kirmayer: There definitely is such an increase. In small communities, very little escapes attention. There are issues on what is labelled a suicide. There may be variations in identification that would cause some inflation. Even when one corrects for both that and for population growth that is quite rapid in many of these communities, there is a real increase in suicide rates in Inuit territory and in some First Nations communities.

There are some communities with a hint of stabilization, if not an actual decrease based on data from B.C. bands. This variation is important. We can say overall that there is this very alarming problem that has existed for decades. The suicide rate is increasing, even while increased attention has begun to be brought to the problem. However, there is variation and we have the potential to learn a lot from that. Something can be learned about community wellness and particular historical circumstances that have led some communities to do better. There may be very important clues.

This raises a general issue: Mental health perspectives tend to be focused on the individual and on individual vulnerability and affliction. This kind of data really points to the working of social forces — things that are affecting entire generations of people and we need to conceptualize it in that way. Within this pattern there is individual vulnerability; not everyone is affected the same way by the same adversity. However, the overall high rate suggests that many people are being affected and that there are things that lie outside of the individual that are at play. We have the challenge to characterize social forces and to think about ways of helping people to take that in hand.

Suicide is primarily a problem among young people, age 15 to 24. It is primarily a problem of males. Women are also affected. An excess of women in First Nations and Inuit are

suicidées ou qui ont tenté de le faire. Je ne m'étendrais pas là-dessus, car il y a une ample documentation à ce sujet. C'est un sujet de préoccupation important dans de nombreuses collectivités.

Il y a de grandes différences entre les collectivités, c'est important car cela laisse supposer la présence de facteurs de protection au sein de certaines collectivités. Les collectivités n'ont pas été touchées de la même façon.

Les diapositives qui suivent montrent que le taux global de suicides, calculé à partir des données de Santé Canada, chez les Indiens inscrits est supérieur à celui de l'ensemble de la population et a été systématiquement plus élevé depuis plusieurs décennies. Dans certaines collectivités, notamment celles des Inuits du Nunavut, du Nunavik et dans les collectivités Anishnawbe, les taux ont continué à augmenter au cours des dernières années. C'est un problème, car il y a eu des prestations de services et des interventions, mais de nombreuses collectivités n'ont pas pu régler ce problème.

Le président: Puis-je intervenir? Votre diapositive montre le nombre de suicides et c'est vraiment désastreux. Est-ce une vraie courbe? Est-ce dû au fait que les suicides sont plus signalés maintenant ou au fait qu'ils augmentent effectivement?

Le Dr Kirmayer: Il y a vraiment une augmentation. Dans les petites collectivités, très peu de choses passent inaperçues. Des questions se posent sur ce qui peut vraiment être qualifié de suicide. Il existe peut-être des divergences, au niveau la définition, qui peuvent enfler le taux. Même, en tenant compte de cela et de la croissance de la population, rapide de nombreuses collectivités, le taux de suicide augmente réellement dans le territoire inuit et dans certaines collectivités des Premières nations.

Il y a un semblant de stabilisation dans certaines collectivités, sinon une vraie diminution selon les données des bandes de la Colombie-Britannique. Cette variance est importante. Nous pouvons dire, globalement, que cet alarmant problème existe depuis des décennies. Le taux de suicide augmente, alors qu'on accorde une plus grande attention au problème. Il y a, toutefois, une variance qui pourrait être très instructive sur le bien-être de la collectivité et sur les circonstances historiques particulières grâce auxquelles la situation est meilleure dans certaines collectivités. Il peut y avoir des indices très importants.

Cela nous incite à poser une question générale: les perspectives en matière de santé mentale ont tendance à visent l'individu et sur la vulnérabilité et l'affliction individuelles. Ce genre de données reflète vraiment l'incidence des forces sociales, des facteurs influant sur des générations entières et c'est ainsi que nous devons les considérer. Dans ce modèle, il y a une vulnérabilité individuelle; les gens ne réagissent pas tous de la même manière face à la même l'adversité. Toutefois, le taux élevé global laisse à penser que beaucoup de gens sont concernées et que des éléments extérieurs à l'individu sont en jeu. Il nous importe de définir les forces sociales et de réfléchir aux moyens d'aider les gens à s'en charger.

Les jeunes, principalement les hommes entre 15 et 24 ans, ont les taux de suicide les plus élevés. Les femmes se suicident aussi. Un nombre trop élevé de femmes des Premières nations et des

affected, but it is strikingly high among young males. Here you can see the gender differences where you have higher than average rates among females, but a very dramatic impact on males.

The effect of the variations in proportion of the Aboriginal population in different provinces shows some regional differences. There are other reasons for regional variation as well. Quebec, for example, has tended to have a higher rate of suicide, probably for other social reasons. This slide shows data from Nunavut and the variations across communities. There is a tendency to generalize and say that the Inuit have a high suicide rate. That is true overall, but it is important to see that there is tremendous variation across communities. This, again, raises the possibility that we can learn something about the cause of these differences. There are fluctuations. Communities that have a lower rate at one time will have a higher rate at a later time.

This slide has data from the work of Michael Chandler and Christopher Lalonde's work in British Columbia showing similar variation across tribal councils in B.C. They have used this data to look at social factors that may correlate with these differences. This next slide shows a grouping by language group and shows that there is much variation across different linguistic or cultural groups of Aboriginal peoples in British Columbia.

They used some indicators that were readily available to them about the characteristics of communities to try to understand what might correlate with these suicide rates. Specifically, they looked at the following variables: whether people had some measure of self-government; whether they were involved in land claims; whether they controlled their own local education and health services; had cultural facilities; and controlled their police and fire services. They gave people one point for each of these things in an index of what they called "cultural continuity." However, if you look at these variables, they might be better called "local control" or "empowerment." They found that the suicide rate varied dramatically with variation in these indicators. The more of these indicators the communities had, the lower the suicide rate. This is dramatic data showing a relationship between community level variables and suicide rates.

They did a replication using a longer time period of data and other indicators that they established about these communities. They confirmed the previous variables and added some additional variables including, women accounting for more than 50 per cent of elected officials and the band having local child protective services. This work, which needs to be replicated in other places across Canada, has potential for identifying social and community level processes where some support intervention and a political process could be helpful in mental health promotion.

I would caution that these studies are open to alternative interpretations. This is a unique data set and people have put a lot of weight on it at this time. It is important to recognize that cause and effect have not been shown. There are many other possible interpretations, which would have

Inuits se suicident, mais le taux est très alarmant chez les jeunes hommes. Ici, vous pouvez voir les différences entre les sexes, le taux chez les jeunes femmes est plus élevé que la moyenne nationale, mais il est plus dramatique chez les hommes.

L'effet des variances par rapport à la population autochtone des différentes provinces montre qu'il y a des différences régionales. Les variances régionales sont aussi dues à d'autres raisons. Le Québec, par exemple, avait tendance à avoir des taux plus élevés, probablement, pour d'autres raisons sociales. Cette diapositive représente des données du Nunavut et les variances entre les collectivités. On a tendance à généraliser et à déclarer que le taux de suicide est plus élevé chez les Inuits. Cela est vrai globalement, mais il est important de noter la variance considérable entre les collectivités. Cela aussi peut nous aider à trouver la cause de ces différences. Il y a des variances. Les collectivités qui enregistrent un taux plus bas à un moment auront un taux plus élevé à un autre moment.

Cette diapositive représente les résultats d'une étude de Michael Chandler et de Christopher Lalonde faite en Colombie-Britannique, la variance est similaire entre les conseils tribaux en Colombie-Britannique. Ils ont utilisé ces données pour examiner les facteurs sociaux pouvant être liés à ces différences. La diapositive suivante représente les groupes linguistiques et indique une grande variance entre les divers groupes linguistiques ou culturels des Autochtones en Colombie-Britannique.

Ils ont utilisé certains indicateurs, dont ils disposaient, des particularités des collectivités pour tenter de comprendre ce qui pourrait faire le lien avec ces taux de suicides. Plus particulièrement, ils ont cherché à savoir si les collectivités avaient ou non: une autonomie gouvernementale; des revendications territoriales; le contrôle des services d'éducation et de santé; les installations culturelles et le contrôle des services policiers et d'incendie. Ils ont donné un point pour chacun de ces éléments désignés «facteurs de continuité culturelle». Cependant, ces facteurs pourraient être mieux qualifiés de «contrôle local» ou de «prise en charge». Ils ont trouvé que le taux de suicide variait en fonction de la variance de ces indicateurs. Plus ces facteurs étaient présents dans les collectivités, plus le taux de suicide était bas. Il est frappant de constater que le nombre de ces facteurs est lié aux taux de suicides.

Ils ont répété l'étude en utilisant des données établies sur une plus longue période et d'autres indicateurs qu'ils avaient obtenus sur ces collectivités. Les variables précédentes ont été confirmées et ajoutées à d'autres variables, notamment les femmes comptant pour plus de la moitié des représentants élus et les services locaux de protection de l'enfant dans la bande. Cette étude, qui devrait être faite aussi dans d'autres endroits du Canada, peut nous aider à identifier les processus sociaux et communautaires dans lesquels un soutien et un processus politique serviraient à promouvoir la santé mentale.

J'attire votre attention sur le fait que ces études peuvent être interprétées différemment. Ces données sont uniques et les gens les prennent très au sérieux pour le moment. Il est important de souligner l'absence des causes et des effets. Il y a de nombreuses autres interprétations possibles qui auraient des conséquences

somewhat different implications for social interventions. I have listed some plausible ones here that could have an impact on youth suicide.

Finally, I want to address culturally appropriate mental health services. This is an area in which we have been very involved with Aboriginal peoples and more generally with multicultural urban communities in Canada. There is a great deal of evidence that matching the type of care provided and the context in which it is provided with the needs and the cultural background of the individual improves the quality of services.

This has been approached in different ways in different countries. In the United States, there has been a tendency to try to do a kind of direct ethnic matching. The idea is that if a practitioner or clinician is from the same background as the person to whom they are providing service, things will go more smoothly. That certainly makes sense with respect to language. This is, in fact, an issue in some Aboriginal communities, where there are linguistic barriers that are not acknowledged adequately within the health care system. If the clinician and patient speak the same language, then the quality of service is better. There is clear data from Australia and other places to show this as well.

There are other levels of trying to meet peoples' needs that centre more on cultural issues. In particular, for many Aboriginal peoples, cultural identity involves living in rural and remote communities, retaining some aspects of traditional lifestyles or aspiring to maintain and to continue to learn some of their family and community traditions is very important. There is what could be called a different sense of self and a different sense of personhood.

In the dominant Canadian society, the sense of self is very individualistic — what psychologists have called "egocentric." It is bounded by the skin of the individual. All of our legal and most of our mental health thinking is framed in this way: It is about the rights of the individual; it is about the agency of the individual; it is about what goes on inside the head or psyche of the individual.

There is recognition of that in Aboriginal communities. However, there is also a much stronger sense, in some communities, of interdependence between people. Thus, one's identity is very much tied to family, social network, kin and community. Beyond that, there is a sense of what has been called by the geographer George Wenzel at McGill, an "ecocentric" sense of self — a sense of self that involves ongoing transactions with the land, with animals, with the world around one. This, obviously, varies tremendously across communities, generations and so on, but it remains a significant factor for many people. Certainly, in the Inuit communities where I have worked, it remains a significant reality for people.

This has implications for conventional mental health care theory and practice. We understand things in terms of inner psychological workings that are based on a schema of the self — a representation of the self — that is very individualistic. Our theories of depression and psychotherapy are very much supported by this kind of model. There is reason to think that

légèrement différentes sur les interventions sociales. J'ai fait une liste de quelques-unes qui sont plausibles et qui pourraient avoir un effet sur les suicides des jeunes.

Finalement, je veux parler des services de santé mentale pertinents du point de vue culturel. Un domaine où nous sommes très impliqués avec les Autochtones et, plus généralement, avec les collectivités urbaines multiculturelles du Canada. Il est amplement démontré que la qualité des services est améliorée lorsque l'on concorde le type de soins fournis et le contexte dans lequel ils sont fournis aux besoins et aux antécédents culturels de l'individu.

Cette approche varie selon les pays. Aux États-Unis, la tendance vise une sorte d'appariement ethnique direct. On part du principe que si le praticien ou le clinicien ont la même origine ethnique que le patient, le traitement se passera mieux. Cela est certainement logique au point de vue linguistique. En fait, c'est un problème dans certaines collectivités autochtones où il y a des barrières linguistiques qui ne sont pas prises en compte de manière appropriée par le système de soins de santé. Si le clinicien et le patient parlent la même langue, la qualité du service est meilleure. Des données provenant d'Australie et d'autres pays indiquent la même chose.

Il y a d'autres façons d'essayer de répondre aux besoins des gens qui sont plus axées sur les questions culturelles. Pour de nombreux Autochtones, l'identité culturelle est liée à une vie dans des collectivités rurales ou isolées, il est très important de conserver certains aspects du mode de vie traditionnelle ou d'espérer garder et continuer à apprendre les traditions de leur famille et de leurs collectivités. C'est une notion différente de l'image de soi et de l'identité individuelle.

Dans l'ensemble de la société canadienne, le sens de l'image de soi est très individualiste, ce que les psychologues appellent «l'égocentrisme», la tendance de l'individu à être centrée sur lui-même. Toute notre personnalité morale et la plus grande partie de notre psychisme sont ainsi façonnées: il s'agit des droits de l'individu; de la condition de l'individu; de ce qu'il y a dans la tête ou l'esprit de l'individu.

Les collectivités autochtones en sont conscientes. Cependant, il y a un sentiment beaucoup plus fort, dans certaines collectivités, d'interdépendance entre les gens. Donc, l'identité est très liée à la famille, au réseau social, à la parenté et à la collectivité. En outre, il y a un sens de ce que le géographe George Wenzel, de McGill, a appelé un sens «écocentrique» qui implique des relations continues avec la terre, les animaux et le monde environnant. Évidemment, ce sentiment varie considérablement entre les collectivités, les générations et cetera, mais il demeure un facteur significatif pour beaucoup de gens. Dans les collectivités inuites où j'ai travaillé, il demeure certainement une importante réalité.

Cela a des répercussions sur la théorie et la pratique des soins de santé mentale traditionnels. Nous comprenons les choses au moyen d'un processus psychologique fondé sur la représentation que l'on se fait de soi-même et qui est très individualiste. Ce type de modèle vient à l'appui de nos théories de la dépression et de la psychothérapie. Il y a lieu de croire que les besoins doivent être

needs to be rethought and worked through in systematic ways to take advantage of the different resources, strengths and value systems of Aboriginal people.

The implications of what I have been saying in terms of the ecocentric self is that for many Aboriginal peoples, threat or injury to the environment is tantamount to a threat or injury to self. We have seen this in terms of controversies that have developed around land claim issues, hydroelectric development in Quebec and so on, where the arguments brought forward are based on very strong community and moral arguments and, on a certain level, psychological arguments about the impact that certain types of development will have on individuals. We need theories — which, I think, are available within psychiatry and psychology in the form of family therapy, family systems theory, network theory, community psychology — that pay attention to the larger webs of relatedness that people have.

Finally, I will just anticipate what some of the other people, I am sure, will harp on. There is a tremendous need for a comprehensive mental health strategy for Aboriginal people, as for Canadians in general. There is a need to find ways to make mechanisms of funding work according to assessed need. In general, for Aboriginal communities right now, funding is either absent or a response to crises, rather than to ongoing needs. There is a need, in general, to improve the quality and variability of services that are largely lacking. I will leave it to the other speakers to demonstrate that more.

These are some Web addresses, in particular for the National Network for Aboriginal Mental Health Research, which I co-direct with Gail Valaskakis of the Aboriginal Healing Foundation. If you want to track down some of the other reports and documents that we have, I will be happy to provide them for the committee.

Ms. Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative, Native Mental Health Association of Canada: Honourable senators, I would like to thank you for inviting the Native Mental Health Association of Canada, and for the opportunity to share our views and experiences on Aboriginal mental health in Canada.

Aside from my position as an Ontario board member with the Native Mental Health Association of Canada, I am also a psychologist providing psychological services in three First Nations communities in Northern Ontario, around the Sudbury area. I have also provided some counselling service to Aboriginal women in the federal prison system. I will utilize those experiences, as well as my own personal experiences of growing up in a First Nation community, to share some of my thoughts on Aboriginal mental health.

Honourable senators, during the work you conducted on acute health care in Canada, I am sure you heard testimony that First Nations people suffer from overall poorer health

repensés et être incorporés d'une manière systémique pour tirer avantage des divers atouts, ressources et systèmes de valeur des Autochtones.

En ce qui concerne les répercussions que je viens de mentionner, les risques et les atteintes à l'environnement sont perçues par de nombreux Autochtones comme des atteintes à leur propre personne. Nous l'avons constaté dans les controverses autour des revendications territoriales, du développement hydroélectrique au Québec et cetera, dans lesquelles les arguments présentés sont fondés sur une collectivité très soudée, sur des valeurs morales et, à un certain niveau, sur un plaidoyer psychologique portant sur l'effet de certains développements sur les individus. Il faut des théories qu'on peut trouver, à mon avis, en psychiatrie et en psychologie sous forme de thérapie familiale, d'une théorie de systèmes familiaux, d'une théorie de réseaux, de psychologie communautaire qui tiennent considération des liens entre les individus.

Enfin, je voudrais juste anticiper sur un sujet qui, j'en suis sûr, sera soulevé par d'autres personnes. Il y a un besoin considérable d'une stratégie globale en santé mentale pour les Autochtones ainsi que pour les Canadiens en général. Il faut trouver des moyens d'élaborer des mécanismes de financement qui fonctionnent conformément au besoin évalué. De manière générale, pour les collectivités autochtones, le financement est absent ou il est octroyé en réponse à des crises plutôt qu'à des besoins constants. Dans l'ensemble, il faut améliorer la qualité et la diversité des services qui manquent énormément. Je laisse aux autres témoins le soin de le démontrer.

Il y a quelques adresses Web, notamment celle du réseau national de la recherche dans le domaine de la santé mentale autochtone, que je dirige avec Gail Valaskakis de la Fondation autochtone de guérison. Je serai heureux de vous fournir les autres rapports et documents en notre possession si le comité est intéressé à les consulter.

Mme Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil de l'Ontario, Native Mental Health Association of Canada: Honorables sénateurs, merci d'avoir invité Native Mental Health Association of Canada et de me permettre de vous faire part de nos points de vue et de nos expériences en santé mentale autochtone au Canada.

En plus d'être membre du conseil de l'Ontario avec Native Mental Health Association of Canada, je travaille, en tant que psychologue, dans trois collectivités de Premières nations du nord de l'Ontario, dans la région de Sudbury. J'offre aussi des services de conseils aux femmes autochtones incarcérées dans les prisons fédérales. Je me fonde sur ces expériences, ainsi que sur mon expérience personnelle de la collectivité des Premières nations où j'ai grandi, pour partager mon point de vue sur la santé mentale autochtone.

Honorables sénateurs, je suis sûre que, dans le cours de votre étude sur les soins de santé actifs au Canada, vous avez entendu dire que l'état de santé global des membres des Premières nations

status than the general population. As with physical health status, the mental health of First Nations people is also generally poorer than the Canadian population.

Based on the limited research in this area, along with my professional and personal experience, I have noted that First Nations people often experience significantly higher prevalence rates of all types of mental illness and mental health issues. As Dr. Kirmayer has indicated, there is very little data. What I tend to see in my practice is that many First Nations people appear to be diagnosed at disproportionately higher rates with mood disorders such as depression and anxiety, and especially post-traumatic stress disorder.

First Nations children and youth are often labelled in the school system as difficult or having behavioural concerns. In many of these cases, these children and youth are often quickly labelled as "oppositional defiant disorder" or "attention deficit disorder." As part of my practice, I often spend time with individuals to assess their background and their family, personal and community history. They report being exposed to a multitude of issues and stressors that have led to the development of some of these disorders or — in my opinion, more commonly — they exacerbate their negative moods.

It is quite common for First Nations people to report higher incident rates of anger and aggression, domestic and family violence, parenting issues, relationship problems — whether marital, between children, parents, or among family members — high rates of suicide, grief and loss issues, unhealthy family relationships, childhood abuse and neglect, involvement of child welfare agencies and abandonment or family breakdown. Complicating this multitude of issues is the high prevalence of addictions to alcohol, solvents, substances, and gambling experienced by Aboriginal people. It would suggest that First Nations people also experience higher prevalence rates of concurrent or dual disorders.

The concept of dual disorders is relatively new and, in my experience, this concept has yet to be embraced in First Nations communities. It leaves many of our people at a disadvantage, since community workers do not adequately recognize their issues and, therefore, the treatment they are offered often does not meet their needs. This can result in poor treatment outcomes or failure in the treatment process, often leaving these people in a position where they have few or limited coping skills to deal with the complexity of their issues. In many cases, these individuals are termed as "difficult to treat," and they often choose not to engage in the mental health system since they feel marginalized within the system.

To exacerbate the issue of dual diagnosis, the workers in the community may not be aware of the concept of dual disorders, rendering it difficult to recognize the unique needs of this

est moins bon que celui de la population en général. De même que l'état de santé physique, celui de la santé mentale des membres des Premières nations est aussi généralement moins bon que celui de la population canadienne.

En me fondant sur le peu de recherches faites dans ce domaine, et sur mes expériences personnelle et professionnelle, j'ai constaté qu'il existe dans les populations des Premières nations des taux de prévalence considérablement plus élevés de problèmes de maladie mentale et de santé mentale. Comme l'a indiqué le Dr Kirmayer, nous disposons de très peu de données. En tant que praticienne, j'ai pu constater des diagnostics de troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété et surtout des troubles mentaux post-traumatiques démesurément élevés chez les Autochtones.

À l'école, les enfants et les jeunes Autochtones sont souvent qualifiés de difficiles ou qu'ils ont un comportement préoccupant. Dans bon nombre de ces cas, l'étiquette de «trouble oppositionnel» ou «trouble déficitaire de l'attention» est très vite accolée au comportement de ces enfants et de ces jeunes. Dans le cadre de ma pratique et de mes fréquentes rencontres avec des individus dans le but d'évaluer leurs antécédents et leur histoire personnelle, celle de leur famille et de leur collectivité, on m'a rapporté des expositions à une multitude de problèmes et de sources de stress qui ont abouti à certains de ces troubles ou qui ont, à mon avis, exacerbé les humeurs négatives de ces individus.

Il est assez courant que les membres des Premières nations fassent plus souvent état d'incidents liés à la colère ou à l'agression, à la violence conjugale ou familiale, à des problèmes de condition parentale, à des difficultés relationnelles — qu'elles soient conjugales, avec les autres enfants, les parents ou les autres membres de la famille —, de taux de suicide plus élevés, de deuils et de pertes, de mauvaises relations avec la famille, de mauvais traitement et de négligence à l'enfance, d'agences de protection de l'enfant, d'abandon ou d'éclatement de la famille. Il faut y ajouter une forte dépendance à l'alcool, aux solvants, à d'autres drogues et au jeu. Cela laisse supposer que les membres des Premières nations ont aussi des taux de prévalence élevés d'affections multiples ou de double problèmes.

Le concept des doubles problèmes est un concept relativement récent qui, à mon avis, n'est pas encore accepté dans les collectivités des Premières nations. Sa méconnaissance désavantage un grand nombre de personnes de notre communauté, car les animateurs communautaires n'identifient pas précisément les problèmes et, souvent, le traitement qu'ils offrent ne répond pas aux besoins de ces personnes. Cela peut aboutir à de mauvais résultats des traitements ou à l'échec du processus du traitement qui donnent à ces personnes peu de moyens pour affronter la complexité de leurs problèmes. Dans un bon nombre de cas, on juge que ces personnes sont «difficiles à soigner» et, souvent, elles préfèrent éviter le système de santé mentale car elles se sentent marginalisées à l'intérieur du système.

Le fait que les animateurs communautaires n'aient peut-être pas conscience de la question du double problème rend encore plus difficile l'identification des besoins spécifiques à cette

population. Other issues, such as the training of our community workers, also impact on the service providers' ability to work effectively with this population.

Other forms of serious mental illness, such as schizophrenia, bipolar disorder, and psychotic disorder, also occur for First Nations people. As Dr. Kirmayer has shared with you, there are really no clear statistics to indicate if the prevalence is higher among First Nations people. I have found that those who have been diagnosed with this mental illness often fall into two categories. There are those who are protected by their family in the community and their bizarre behaviours are not really seen as a way to describe the person, but that sometimes these behaviours are present on certain days and on other days they remit. On the days when they are present, families may seek out the help of the medical professions outside of the community or the health care workers in the community. They just cope to the best of their abilities until those behaviours remit. In other cases, when these persons exhibit the bizarre behaviours and they are often accompanied by alcohol or substance abuse, they may be seen by community members as frightening or threatening to others, and they quickly become marginalized from the community. They eventually leave the community and take up residence in an urban centre where they continue to be marginalized.

Many Aboriginal people report exposure to harsh, violent and abusive circumstances, often linked in some way to the residential school experience. Children exposed to this experience experienced such things as physical abuse, mental and emotional abuse, neglect and spiritual abuse, of which I am sure honourable senators are aware. The removal of children from their families and community has caused a breakdown in family traditions and culture, which I would say has been transmitted across the generations. Research has shown that cultural identity is a significant contributing factor in a person's physical and mental health status. John Barry, of Queen's University, has done much work that would suggest this. It is my opinion that the significant cultural loss of Aboriginal people, which may be linked to the residential school experience, has been a contributing factor to the poor mental health status of Aboriginal people, which seems to be widespread in our communities across this country.

Social conditions in First Nation communities complicate our mental health status. Statistics identify that First Nation people often live below the poverty line. The economic depravity in First Nation communities is highlighted by the high unemployment rates, low-income levels, and significant financial hardships experienced by many individuals and families. Poor housing conditions are also evident. Aboriginal people report overcrowding, substandard housing, poor sewage, and lack of running water as common complaints of the daily stressors they must face. First Nation people often do not adequately access the health care system, possibly because of the tendency for health care providers to over-prescribe medications or because of the lack of cultural

population. D'autres problèmes, notamment la formation des animateurs communautaires, affectent aussi la capacité des fournisseurs de services à travailler efficacement avec cette population.

D'autres maladies mentales graves, telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires et psychotiques frappent aussi les membres des Premières nations. Comme le Dr Kirmayer vous l'a dit, il n'y a pas vraiment de statistiques qui indiquent clairement si le taux de prévalence est plus élevé chez les membres des Premières nations. J'ai constaté que ceux chez lesquels on avait diagnostiqué cette maladie mentale appartiennent souvent à deux catégories. Ceux qui sont protégés par leur famille dans la collectivité et qui ne sont pas décrits par leurs comportements étranges, mais, quelquefois, ces comportements se manifestent certains jours et pas d'autres. Lorsqu'ils se manifestent, les familles peuvent demander l'aide de professionnels de la santé à l'extérieur ou à l'intérieur de la collectivité. Ils font simplement de leur mieux jusqu'à ce que ces comportements cessent. Dans d'autres cas, quand ces personnes se comportent étrangement, souvent après avoir abusé d'alcool ou d'autres drogues, elles peuvent être considérées comme dangereuses ou menaçantes par les membres de la collectivité et la collectivité les rejette vite. Éventuellement, elles quittent la collectivité pour vivre dans un centre urbain où elles continueront à être marginalisées.

Beaucoup d'Autochtones font état d'agression et de violence à leur égard, souvent au pensionnat. Les enfants victimes de ces expériences ont souffert de violences physiques et psychologiques, de négligence et de violence d'ordre spirituel, je suis certaine que les honorables sénateurs le savent. Le retrait des enfants de leurs familles et de leurs collectivités a provoqué une cassure des traditions et de la culture familiale transmises de génération en génération. La recherche indique que l'identité culturelle contribue de manière importante à l'état physique et à l'état mental de l'individu ainsi que le suggèrent les travaux de John Barry, de l'Université Queen's. À mon avis, la perte importante au niveau culturel des Autochtones, qui peut être liée au pensionnat, a contribué au mauvais état de la santé mentale des Autochtones qui semble être largement répandu dans nos collectivités à travers le pays.

Les conditions sociales dans les collectivités des Premières nations compliquent l'état de santé mentale. Les statistiques indiquent que les Autochtones vivent souvent au-dessous du seuil de la pauvreté. Le dénuement économique des collectivités des Premières nations est mis en évidence par les taux de chômage élevés, les faibles revenus et les grandes difficultés financières d'un bon nombre d'individus et de familles. Les mauvaises conditions de logement sont également évidentes. Les surpeuplements, les habitats défectueux, les mauvais systèmes d'égouts et le manque d'eau courante dont se plaignent les Autochtones constituent les sources de stress quotidiennes auxquelles ils sont confrontés. Souvent, les Autochtones n'ont pas un accès adéquat au système de soins de santé, peut-être parce

awareness and sensitivity displayed within the health care system. The result is generally poor health status of First Nations people.

Throughout our country, Aboriginal people continue to experience racism and discrimination that can negatively influence their desire to seek higher education, to live in an urban centre where there are more opportunities for employment or to seek employment outside First Nation communities. In some cases, the racism is systemic. I have worked with individuals involved with the Children's Aid Society. The expectations placed on the families are often unrealistic and, in some cases, are almost impossible to achieve. The role of child welfare agencies does little to recognize the unique stressors that First Nation people face. They hold First Nations people to the same level of expectations as the general population. I am not suggesting that First Nations people should not be held up to an equitable standard of child safety but it has been my experience that the Children's Aid Society makes a higher number of referrals for services for First Nation families; becomes involved much earlier in a child welfare case; remains involved in the case much longer; and is much quicker to remove the children from the home. Some districts of the Children's Aid Society do make attempts to recognize such issues as customary care agreements and the importance of culture and tradition, but their assessment guide often discriminates against the needs and abilities of First Nation families.

Other kinds of systemic discrimination and abuse occur in the legal system, as Dr. Kirmayer pointed out. We find that Aboriginal people are over-represented in the federal and provincial prison systems, sometimes comprising 70 per cent of the overall prison population. This is especially true in Western Canada.

There are larger systemic issues that impact on the mental health status of First Nation peoples. Funding for mental health programs is extremely limited and, in many cases, it is a piecemeal process. The majority of First Nation communities utilize such funding as Brighter Futures and Building Healthy Communities to implement their mental health programs. Other communities also use monies from the Aboriginal Healing Foundation, Head Start funding and, here in Ontario, the Aboriginal Healing and Wellness Strategy and Early Years Challenge. The requirements for each of these funding sources are different, including who can be serviced with the monies they received. The funding is often time-limited and can vary significantly.

Most recently, there was a threat to the Brighter Futures funding because of the large deficit of the First Nations and Inuit Health Branch. As I mentioned, most communities utilize these dollars to implement mental health programs so there was much concern by our leadership about the implications should such

que les fournisseurs de soins de santé ont tendance à prescrire trop de médicaments ou bien à cause du manque de sensibilisation du système de soins de santé à l'égard de la culture des Autochtones. Généralement, pour les membres des Premières nations, cela se traduit habituellement par un état de santé médiocre.

À travers le pays, les Autochtones sont encore victimes du racisme et de la discrimination qui peuvent avoir un effet négatif sur leur volonté de poursuivre des études supérieures, de vivre dans un centre urbain où il y a plus de possibilités d'emploi ou de chercher un emploi à l'extérieur des collectivités des Premières nations. Dans certains cas, le racisme est systémique. J'ai travaillé avec des gens de la Société d'aide à l'enfance. Les objectifs que doivent atteindre les familles ne sont souvent pas réalistes et, dans certains cas, pratiquement impossibles. Les agences d'aide aux enfants ne font pas grand-chose pour identifier les sources de stress particulières auxquelles font face les Autochtones. Elles placent les membres des Premières nations au même niveau que la population en général. Je ne suggère pas que les membres des Premières nations ne doivent pas être tenus de respecter un critère équitable de sécurité de l'enfant, mais mon expérience m'a fait constater que la Société d'aide à l'enfance renvoie un plus grand nombre de familles des Premières nations aux services; qu'elle s'implique beaucoup plus rapidement dans les cas d'aide aux enfants; qu'elle suit le cas beaucoup plus longtemps et retire plus rapidement l'enfant du foyer. Quelques districts de la Société d'aide à l'enfance ont tenté de reconnaître ces problèmes comme des responsabilités traditionnelles et l'importance de la culture et de la tradition, mais leur guide d'évaluation est souvent discriminatoire à l'égard des besoins et des capacités des familles des Premières nations.

D'autres types de discrimination et d'abus systémiques se manifestent dans le système juridique, ainsi que l'a souligné le Dr Kirmayer. Nous constatons que les Autochtones sont surreprésentés dans les prisons fédérales et provinciales atteignant parfois 70 p. 100 de l'ensemble de la population carcérale. Cela est particulièrement vrai dans l'Ouest canadien.

Il y a de plus graves problèmes systémiques qui ont des répercussions sur l'état de la santé mentale des Autochtones. Le financement des programmes de santé mentale est extrêmement limité et, dans bon nombre de cas, c'est un processus fragmentaire. La majorité des collectivités des Premières nations utilise ce financement comme ceux de «Grandir ensemble» et «Pour les collectivités en bonne santé» pour la mise en œuvre leurs programmes de santé mentale. D'autres collectivités utilisent aussi les fonds de la Fondation autochtone de guérison, de Bon départ et, ici en Ontario, de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones et du Fonds d'aide au développement de la petite enfance. Les exigences de chacune de ces sources de financement sont différentes, notamment en ce qui concerne les prestataires. Le financement est souvent assorti de délais et peut varier considérablement.

Plus récemment, le financement du programme «Grandir ensemble» s'est trouvé menacé à cause du large déficit de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Comme je l'ai mentionné, la plupart des collectivités utilisent ces fonds pour mettre en œuvre des programmes de santé mentale,

funding cuts occur. After a strong letter-writing campaign, the decision was reversed but communities were reminded that funding cuts would occur in the First Nations communities to bring down the deficit. There is a concern that if it is not done within mental health care, it will be done somewhere else, which will continue to impact on mental health.

Current funding is already inadequate, at best, and does not meet the needs of the community and its members. Since the funding formula is based on population size, many communities receive a small amount of funding, making it difficult or, in many cases, impossible, to deliver mental health counselling and intervention services. Most communities must use their funding to establish mental health promotion and mental illness prevention programs. Although these types of programs are needed, the funding does not allow for a continuum of care that is desperately needed for First Nation communities.

For those communities able to implement an intervention program, additional challenges arise. The funding is so low for the salary of mental health workers that professionals such as social workers, psychologists and psychiatrists often do not find it desirable to work in First Nation communities. This often results in the position being filled by an untrained or unskilled worker who is expected to meet the high demands of the community. There is little recognition by the First Nation and Inuit Health Branch, Aboriginal leadership or administration about the need for the development and delivery of high quality, effective mental health services in First Nation communities. This results in limited or no resources being allocated to supervision, management, policy and procedure development and professional development.

Other kinds of mental health funding, such as fee-for-services or crisis management are often very restrictive regarding when and how the funding is accessed and who can access it. I also understand that this funding continues to be more and more restricted with the future possibility that the fee-for-services, which is mental health counselling, will eventually become obsolete.

The Chairman: Could I interrupt for a moment? Is the funding to which you refer from the provincial government or from Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch?

Ms. Restoule: It comes from both are both.

The Acting Chairman: The funding has two sources. When you say "provincial" you mean Ontario. Would you extend that to other provinces?

Ms. Restoule: I believe they have other forms of funding. I am not sure what they are called. In Ontario, it is the Aboriginal Healing and Wellness Strategy.

aussi nos dirigeants étaient très préoccupés des répercussions en cas de réductions de ce financement. Suite à une campagne intensive d'envoi de lettres, la décision a été renversée, mais il a été rappelé aux collectivités des Premières nations qu'il y aura des réductions du financement pour éliminer le déficit. On craint que si les réductions ne soient pas faites au niveau des soins de santé mentale, elles le seront ailleurs et cela continuera à avoir une incidence sur la santé mentale.

Le financement actuel est déjà inadéquat et ne répond pas aux besoins de la collectivité et des membres. Étant donné que le financement est fonction de la population, de nombreuses collectivités en reçoivent un petit montant, ce qui rend difficile ou, dans un bon nombre de cas, impossible les services de counselling et d'intervention en santé mentale. La plupart des collectivités doivent utiliser leur financement pour promouvoir la santé mentale et élaborer des programmes de prévention des maladies mentales. Bien que ce type de programmes soit nécessaire, le financement ne permet pas un continuum de soins dont ont désespérément besoin les collectivités des Premières nations.

Les collectivités qui arrivent à mettre en œuvre un programme d'intervention font face à des défis supplémentaires. Le financement est si peu élevé pour les salaires des travailleurs de santé mentale que des professionnels comme les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres ne sont pas intéressés à travailler dans les collectivités des Premières nations. Par conséquent, le poste est souvent occupé par un travailleur non formé ou non qualifié dont on attend qu'il réponde à la forte demande de la collectivité. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, les dirigeants ou l'administration autochtones reconnaissent peu le besoin du développement et de la prestation de services de santé mentale efficaces et de qualité dans les collectivités des Premières nations. Cela se traduit par une affectation limitée ou nulle des ressources pour la supervision, la gestion, l'élaboration de la politique et des procédures et le perfectionnement professionnel.

D'autres types de financement en matière de santé mentale tels que les paiements à l'acte ou la gestion de crises, sont souvent limitatifs en ce qui a trait à la date du versement du financement, à la façon dont il est versé et à qui peut y avoir accès. Je crois aussi comprendre que ce financement continue à être de plus en plus limité avec la possibilité que les paiements à l'acte, c'est-à-dire le counselling en santé mentale, deviennent finalement obsolètes.

Le président: Puis-je vous interrompre un instant? Est-ce que le financement dont vous parlez provient du gouvernement provincial ou bien de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada?

Mme Restoule: Des deux.

Le président suppléant: Le financement provient de deux sources. Quand vous dites «provincial», vous voulez dire l'Ontario. En est-il de même pour les autres provinces?

Mme Restoule: Je crois qu'elles ont d'autres formes de financement. Je ne suis pas sûre de leur nom. In Ontario, c'est la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones.

The Acting Chairman: You referred to cuts in mental health. We know what you are talking about. We know that in Ontario they are addressing financial problems. Are you referring to cuts at the provincial level or at the federal level?

Ms. Restoule: They are at the federal level

The Acting Chairman: Could you clarify this? I was not aware that there were cuts from Health Canada's funding to the First Nations and Inuit Health Branch. There have been cuts at the federal level to the mental health program. Is that what you are saying?

Ms. Restoule: I am referring to the fact that the minister wrote to the communities suggesting that they would be cutting the mental health dollars and there would be funding available for the first three months of this fiscal year, after which it would be cut completely. The political leadership in the communities and representatives of the mental health programs created a strong letter campaign in response to the minister requesting that this not be done because of the large number of mental health issues in our communities and the decision was reversed.

The Acting Chairman: Therefore, there is no cut at the federal level in respect of mental health.

Ms. Restoule: At the moment, no, but the letter that returned from the minister suggested that there will be cuts.

The Acting Chairman: This has been reversed. I am trying to understand for information for the committee's report. Am I right in saying that cuts at the provincial level, at least in Ontario, have occurred but at the federal level, there are no cuts in the mental health program right now?

Ms. Restoule: That is correct. There are no cuts at this time.

The Acting Chairman: We do not have to address that issue right now, and you are satisfied that this will carry on. We are working at the federal level so it is important to know what Health Canada is doing.

Ms. Restoule: My understanding is that Health Canada plans to make some cuts somewhere to the First Nations health care system. However, that cut to mental health was stayed for now. Where it will come from, I am not sure.

The Acting Chairman: Thank you for the clarification. Would you proceed with a summary of your presentation?

Ms. Restoule: I will move to our recommendations.

We have found that many First Nation communities are beginning to integrate what I would call "western-based services," such as counselling services and using the medical model of diagnosis, in conjunction with more traditional activities and ceremonies.

There is really no data to suggest this has improved mental health status. However, I have heard from many of my clients and from communities that implement such a system, that people

Le président suppléant: Vous avez mentionné des réductions du financement de la santé mentale. Nous savons de quoi vous parlez. Nous savons que des problèmes financiers sont abordés en Ontario. Parlez-vous de réductions au niveau provincial ou au niveau fédéral?

Mme Restoule: Au niveau fédéral.

Le président suppléant: Pouvez-vous être plus précise? Je ne savais pas que Santé Canada réduisait le financement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Voulez-vous dire qu'il y a eu des réductions du financement du programme de la santé mentale au niveau fédéral?

Mme Restoule: Je me réfère à ce que le ministre a écrit aux collectivités en suggérant qu'il y aurait des coupures pour la santé mentale et que le financement sera versé les trois premiers mois de l'exercice puis il sera complètement coupé. Les dirigeants politiques dans les collectivités et les représentants des programmes de santé mentale ont lancé une campagne intensive d'envoi de lettres au ministre demandant de ne pas faire cela à cause du grand nombre de problèmes liés à la santé mentale dans nos collectivités et la décision a été renversée.

Le président suppléant: Donc, il n'y a pas que de coupures, au niveau fédéral, du financement de la santé mentale.

Mme Restoule: Pas pour l'instant, mais la lettre renvoyée par le ministre suggérait qu'il y en aurait.

Le président suppléant: La décision a été renversée. J'essaie de comprendre pour avoir des renseignements pour le rapport du comité. Ai-je raison de dire qu'il y a eu des coupures au niveau provincial, du moins en Ontario, mais qu'au niveau fédéral, il n'y a pas de coupures dans le programme de santé mentale maintenant?

Mme Restoule: C'est exact. Il n'y a pas de coupures maintenant.

Le président suppléant: Nous n'avons pas à aborder cette question maintenant et vous êtes assurée que ces activités vont se poursuivre. Nous travaillons au niveau fédéral, il est donc important d'être au courant des activités de Santé Canada.

Mme Restoule: Je crois comprendre que Santé Canada prévoit des coupures quelque part dans le système sur les soins de santé des Premières nations. Cependant, cette coupure pour la santé mentale n'a pas été faite pour le moment. D'où proviendra-t-elle, je n'en suis pas certaine.

Le président suppléant: Merci de vos précisions. Pouvez-vous continuer en résumant votre exposé?

Mme Restoule: Je passe à nos recommandations.

Nous avons constaté que de nombreuses collectivités des Premières nations commencent à intégrer ce que je qualifierais de «services à l'Ouest», tels que des services de counselling et l'utilisation de modèle médical de diagnostic conjointement avec des activités et des cérémonies plus traditionnelles.

Il n'y a pas vraiment de données suggérant que cela ait amélioré l'état de la santé mentale. Cependant, un bon nombre de mes clients et des collectivités qui mettent en œuvre un tel système

report improved health much quicker, that they recognize or feel they have a better quality of life and they just feel that things are more holistic for them. Aboriginal people tend to be concerned about holism — the concept that we find in the medicine wheel where there is interconnectedness between the mental, emotional, physical and spiritual domains. This requires that we look at relationships — be they between social conditions, economic conditions, cultural conditions, and health conditions, to relationships between people and within the community and within programs. As Dr. Kirmayer suggested, Aboriginal people feel challenged when there is no connectedness and no teamwork between programs so people's needs are not being addressed in a holistic fashion. It is very individualistic and in one area or another.

Some of the recommendations that the Native Mental Health Association of Canada would like to offer is the elimination of operations of programs for services in what we call silos. Instead of funding for mental health, funding for social services and funding for other issues in the community, we favour more team approaches based on partnerships, so that what is available to a community is integrated and made available and accessible to our clients in a holistic way from the top to bottom — from policy-makers and planners to local governance.

We recommend all the health determinants that I have talked about be seriously considered and employed to determine whole health priorities so that the underpinnings previously mentioned achieve elimination of sexual and other forms of abuse and of violence including lateral violence. They would also take care of grieving and healing needs so the family and community members are able to enjoy self-care, mutual aid, self-determination, genuine friendships, community togetherness and quality family life.

We recommend that resources to implement all priorities and strategies tailored to address all health determinants be made available on a continuing basis so that genuine change takes place and is sustained.

We recommend that resources are provided to recruit, educate and train competent frontline workers with culturally strong ways to promote healing, personal growth and other measures that actively support capacity building and to prepare and equip knowledgeable and skilful leadership that can effectively manage policy-making, strategic planning and the related work.

We recommend that priority be given to Aboriginal people so that they are able to identify and undertake large-scale research that will provide evidence that supports concrete actions leading to desirable change.

Finally, as I had shared back with the senators in October at the town hall meeting, we recommend the development of a national strategy on Aboriginal people mental health as well. Thank you.

m'ont rapporté que les gens disaient se rétablir beaucoup plus vite, qu'ils reconnaissaient ou qu'ils ressentaient une meilleure qualité de vie et que les choses leur paraissaient plus holistiques. Les Autochtones ont tendance à se soucier du holisme, le concept présent dans le cercle des influences où les processus mentaux, émotionnels, physiques et spirituels se rejoignent. Il faut pour cela examiner les rapports, qu'ils soient entre les conditions sociales, économiques, culturelles et physiques aux relations entre les individus et dans la collectivité et les programmes. Ainsi que le Dr Kirmayer l'a suggéré, les Autochtones se sentent menacés lorsqu'il n'y a pas d'interdépendance et de travail d'équipe entre les programmes, leurs besoins ne sont pas abordés d'une manière holistique. C'est très individualiste dans un domaine ou un autre.

L'une des recommandations que Native Mental Health Association of Canada est l'élimination des programmes de services dans ce que nous appelons l'effet de silos. Au lieu d'accorder un financement pour la santé mentale, les services sociaux et d'autres questions de la collectivité, nous favorisons des approches d'équipe fondées sur le partenariat afin que ce qui est disponible pour une collectivité soit intégré et rendu disponible et accessible à nos clients sous forme holistique descendante, des décideurs et des planificateurs aux autorités locales.

Nous recommandons que tous les facteurs influant sur la santé dont j'ai parlé soient pris en considération et utilisés pour établir des priorités en matière de santé afin que les raisons sous-jacentes énoncées éliminent les abus sexuels et autres formes d'abus et de violence, y compris la violence latérale. Les besoins au niveau du deuil et du rétablissement seront aussi éliminés afin que les familles et les membres de la collectivité puissent jouir de l'autotraitement, de l'entraide, de l'autodétermination, d'amitiés sincères, de la convivialité et d'une bonne vie familiale.

Nous recommandons des ressources pour la mise en œuvre de toutes les priorités et stratégies élaborées pour assurer la mise à disposition continue de tous les facteurs influant sur la santé afin d'apporter de vrais changements durables.

Nous recommandons l'affectation de ressources pour recruter et former des travailleurs de première ligne compétents et dotés de solides connaissances culturelles pour promouvoir le rétablissement, le développement individuel et d'autres mesures qui appuient le renforcement des capacités et de préparer un leadership averti et avisé qui peut gérer efficacement l'élaboration des politiques, la planification stratégique et les travaux connexes.

Nous recommandons que la priorité soit accordée aux Autochtones afin qu'ils puissent identifier et entreprendre une recherche massive qui fournira la preuve qui soutiendra des actions concrètes aboutissant au changement voulu.

Finalement, comme je l'avais dit aux sénateurs au mois d'octobre à l'assemblée publique locale, nous recommandons l'élaboration d'une stratégie nationale sur la santé mentale des Autochtones. Merci.

Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist, Six Nations Mental Health Services: Good morning, honourable senators. I wish to thank the chairperson and members of this committee for the opportunity to share my perspectives with you in the area of Aboriginal mental health.

I am originally from Little Grand Rapids First Nation, which is part of the Ojibway nation. In 1998, I became the first Aboriginal woman in Canada to train as a psychiatrist. I am currently an Assistant Clinical Professor in the Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences at McMaster University in Hamilton. For the past four years, I have worked as Director of Native Students Health Sciences Program in the Faculty of Health Sciences, also at McMaster University.

For the past seven years, I have worked as a psychiatrist on the front lines at a community-based mental health clinic located on the Six Nations of the Grand River Territory, a reserve community located near Hamilton and Brantford in Ontario. It is my experience working in the Six Nations community that forms the basis of my presentation to you today. Over the next few minutes, I would like to take you to work with me and ask you to imagine what it is like for me working in this community.

I work two and a half days a week, seeing patients in my psychiatric practice. I provide direct clinical services, which includes psychiatric assessments, consultations, and short- and long-term follow-up for patients with serious mental illness including depression, anxiety disorders, schizophrenia et cetera. Other services that I provide include indirect consultations, which is a discussion with a family doctor, for example, about a patient without the patient being present; case conferencing; teaching mental health issues to other service providers in the community; and participating in many different community awareness events dealing with mental health issues, partly in order to address the issue of stigma about mental illness and psychiatry.

I see fewer patients per day than do many of my psychiatric colleagues. I see approximately six to nine patients per day. Each new patient is seen for a one-hour consultation, at a minimum. Each follow-up patient is seen for between one-half to one hour, depending on specific needs. While the majority of patients are diagnosed with illnesses such as depression — the same as in the mainstream population — and are treated according to the same standards of practice, my experience has been that First Nations people living on reserve present with an extensive list of psychosocial stressors that also need to be addressed and a management plan formulated in order to improve their mental health.

I believe both Dr. Kirmayer and Ms. Restoule have reviewed many of these in detail already, but they do include things like education, employment, finances, housing, transportation, et cetera. As Ms. Restoule mentioned, there is

La Dre Cornelia Wieman, psychiatre, Six Nations Mental Health Services: Honorables sénateurs, bonjour. Je remercie le président et les membres du comité de me donner l'occasion de présenter mon point de vue sur la santé mentale autochtone.

Je suis originaire de la Première nation de Little Grand Rapids qui fait partie de la nation Ojibway. En 1998, j'étais la première femme autochtone au Canada à entamer une formation de psychiatre. Je suis professeure adjointe en clinique au département de psychiatrie et des neurosciences comportementales de l'Université McMaster à Hamilton. Au cours des quatre dernières années, j'ai travaillé comme directrice du programme de la santé des étudiants autochtones de la Faculté des sciences de l'Université McMaster.

Durant les sept dernières années, j'ai travaillé en tant que psychiatre aux premières lignes d'une clinique communautaire de santé mentale dans le territoire des Six Nations de la rivière Grand, une communauté de la réserve située près de Hamilton et de Brantford en Ontario. Mon exposé d'aujourd'hui est fondé sur l'expérience que j'ai acquise à la collectivité des Six Nations. Dans les minutes qui suivent, j'aimerais vous décrire mon travail et je vous demande d'imaginer ce à quoi il ressemble dans cette collectivité.

Je travaille deux jours et demi par semaine. Dans l'exercice de ma profession, j'offre aux patients des services cliniques de première ligne, notamment des évaluations psychiatriques, des consultations et des suivis à court et long termes des patients atteints de maladies mentales graves, notamment la dépression, les troubles anxieux, la schizophrénie, et cetera. J'offre aussi d'autres services comme les consultations indirectes, c'est-à-dire rencontrer le médecin de famille, par exemple, d'un patient sans que celui-ci soit présent; les techniques de réunions des intéressés; l'enseignement de questions relatives à la santé mentale à d'autres fournisseurs de services dans la collectivité; la participation à de nombreuses différentes campagnes de sensibilisation de la collectivité traitant de la santé mentale, en partie pour éliminer la honte de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Je reçois moins de patients qu'un grand nombre de mes collègues, entre six et neuf par jour. La première consultation dure au moins une heure. Les consultations suivantes durent entre trente et soixante minutes selon les besoins particuliers du patient. Bien que la majorité des patients soient atteints de maladies comme la dépression, ce qui est également le cas de la population en général, et qu'ils reçoivent un traitement conforme aux normes de la profession, j'ai constaté que les membres des Premières nations qui vivent dans la réserve ont de nombreux troubles de stress psychosocial qui doivent être aussi traités et qu'il faut élaborer un plan de gestion visant à améliorer leur santé mentale.

Je crois que le Dr Kirmayer et Mme Restoule ont en déjà mentionné un grand nombre, mais il y aussi d'autres facteurs tels que l'éducation, l'emploi, les finances, le logement, les transports, et cetera. Ainsi que l'a mentionné Mme Restoule, pour les

an inextricable link back to the historical experiences of Aboriginal people in this country that include colonization, residential schools and racism.

Many of my patients do not have a method of transportation and we are a large rural community spread over a vast area. Significant numbers of my patients live with many extended family members in inadequate housing. Some homes still have dirt floors, no indoor plumbing, or no source of heating in the winter other than a wood stove. I often provide home visits to my patients if they cannot make it to our clinic because of a lack of transportation, mobility problems — for example we seem to have a significant number of people who are paraplegic or quadriplegic — or because of emotional or psychiatric issues, meaning they are very reluctant to come forward to our clinic and seek services. For example, I have seen an older man now for several years who suffers from paranoid schizophrenia that had been untreated for decades. It took us almost six months to develop a relationship with him just standing in his doorway. He would only hold the door open a few inches until he felt comfortable enough to allow us into his home to speak with him.

Many of my patients present as being either acutely or chronically suicidal, and many of them have ready access to means to seriously harm themselves, including firearms. Many of my patients are also involved with other health and social service programs including substance abuse treatment programs, child protective agencies such as the Children's Aid Society, CAS, and involvement with the legal system.

Because our clinic offers mental health services to all Six Nations band members living on reserve, we do not have any exclusion criteria that some mainstream or tertiary care psychiatric services may have. By that, I mean we see everybody. I have seen individuals who have previously been declared as dangerous offenders. Currently, I see an individual who has completed serving a sentence for murder.

While Six Nations band members do have access to family physicians, we have a medical clinic in the community that is staffed by a variety of family physicians who each work one to two half-day shifts per week. This works out to the equivalent of having one family physician in the community working four and a half days per week. Six Nations has approximately 22,000 band members. About half of those live on reserve so that works out by straight numbers to be one family physician for 11,000 people so people have to seek primary care elsewhere.

Not every patient at my clinic has a family doctor, although we try to find one. At times, we have found ourselves trying to manage or triage acute medical crises such as people arriving at our clinic with severe exacerbations of diabetes or in hypertensive crises. Finally, our clinic offers crisis response services that may include going into the community on an on-call basis to deal with acute psychiatric emergencies. Most commonly, we are called when someone is acutely suicidal. I will just make mention that we do not actually have a traditional healer on staff, but we do have access to traditional healers in our community.

Autochtones de ce pays, il existe un lien inextricable avec leurs antécédents historiques qui incluent la colonisation, les pensionnats et le racisme.

Nombreux sont mes patients qui ne disposent de moyens de transport et notre collectivité rurale est très étendue. Un grand nombre d'entre eux vivent, en famille nombreuse, dans des logements inadéquats. Le sol de certains logements est encore en terre battue, il n'y a pas de plomberie, ni de chauffage pour l'hiver à part un poêle à bois. Il m'arrive souvent d'aller chez eux s'ils ne peuvent pas venir à la clinique à cause du manque de transport ou de moyens de déplacement — par exemple, nous avons un nombre considérable de paraplégiques ou de quadriplégiques — ou à cause de maladies mentales ou psychiatriques, c'est-à-dire qu'ils hésitent beaucoup à venir à notre clinique pour demander des soins. Par exemple, je traite depuis plusieurs années un vieil homme atteint de schizophrénie paranoïaque qui n'avait reçu aucun soin pendant des décennies. Il a nous fallu presque six mois pour établir une relation avec lui, il se tenait derrière la porte de chez lui. Il ne l'ouvrait que de quelques pouces jusqu'au moment où il s'est senti suffisamment à l'aide pour nous laisser entrer.

Un bon nombre de mes patients ont des comportements suicidaires aigus ou chroniques et beaucoup d'entre eux ont les moyens, y compris des armes à feu, d'attenter à leurs jours. Beaucoup sont aussi dans d'autres programmes de services sociaux et de soins de santé: programmes de traitement pour les toxicomanies, agences d'aide à l'enfant comme la Société d'aide à l'enfance et ont des démêlés avec la justice.

Étant donné que notre clinique offre des services de santé mentale à tous les membres des Six Nations vivant dans la réserve, nous n'avons pas les critères d'exclusion que peuvent avoir certains services de soins psychiatriques tertiaires. Je veux dire par là que nous recevons tout le monde. J'ai vu des personnes qui avaient été qualifiés de délinquants dangereux. Je traite actuellement une personne qui vient de purger une peine pour meurtre.

Bien que les membres des Six Nations aient accès à des médecins de famille, le personnel de notre clinique médicale dans la collectivité compte des médecins de famille qui travaillent chacun un à deux jours et demi par semaine, soit l'équivalent d'un médecin de famille qui travaille quatre jours et demi par semaine dans la collectivité. La population des Six Nations est d'environ 22 000 membres. Environ la moitié vit dans la réserve, il y a donc un médecin de famille pour 11 000 personnes, ce qui veut dire que pour les soins primaires, les gens doivent aller ailleurs.

Les patients de ma clinique n'ont pas tous un médecin de famille, même si nous essayons de leur en trouver un. Il nous est arrivé d'essayer de gérer ou de trier les crises médicales aiguës lorsque, par exemple, des malades hypertendus ou atteints d'exacerbations de diabète arrivent à la clinique. Enfin, notre clinique offre des services d'intervention d'urgence pouvant inclure des visites chez le malade suite à un appel pour donner des soins intensifs psychiatriques. En générale, on nous appelle lorsque quelqu'un a un comportement suicidaire aigu. Je voudrais ajouter que nous n'avons pas de guérisseur traditionnel dans notre personnel bien qu'il y en ait dans notre collectivité.

It took a number of years of work in this community to establish relationships with the traditional healers so that we could be assured that the people would see healers who were reputable in the community. When they come to our clinic, people have the choice of seeing me, one of my psychiatric nurses or a traditional healer or a combination. We try to be very flexible, offering access to both western and traditional ways of healing. Our ultimate goal is to empower the community members to take responsibility for and to be able to make decisions about their own mental health care.

I would like to review a few issues related to the delivery of mental health services.

There is a lack of information about the epidemiology of mental illnesses amongst Aboriginal peoples. As a result, we are not well informed about what types of mental health services are most effective. Although there are very few models that exist other than our own for delivering mental health services in such a broad way in a community, we need the opportunities to share these experiences with other First Nations communities across the country.

Another issue involves trends that I have noticed in psychiatry. As a practising psychiatrist, I keep up-to-date on the standards of practice in my chosen area of medical specialty. I am somewhat concerned by what I perceive to be a very limited "consultation only" model of providing psychiatric services that is advocated by some medical profession associations. I do not believe that I would be as effective in my role as psychiatrist in my First Nations community if I did not deliver services in a way that is similar to those provided by a primary care physician.

As well, I am concerned by the increasing focus on biological models of mental illness. While I recognize that our knowledge of the biological basis of mental illness is important, this knowledge factor is much lower on my list of priorities in treating my patients. For example, I have a patient who last year lost a son to suicide while he was in police custody. That same year, she was diagnosed with kidney cancer and underwent removal of her kidney by surgery. Her youngest daughter, age 14, has coped with her brother's suicide by engaging in extremely risky behaviour including engaging in substance abuse, unprotected sexual activity and staying away from the home for days at a time. This woman has been on medical leave from work, which has caused a great deal of financial stress. She also has several extended family members living in her home. She is widow with few social supports.

Using this patient as an example, it would be unrealistic of me to simply prescribe her an anti-depressant medication and reassure her that over time she will feel better. However, by prescribing an anti-depressant as well as activating a number of psychosocial supports, including counselling, and after working with her quite intensively over the period of a year at our clinic, she is finally feeling better. She returned to full-time employment this month.

Il a fallu plusieurs années de travail dans cette collectivité pour établir des relations avec les guérisseurs traditionnels afin de nous assurer que les gens consulteraient des guérisseurs de bonne réputation dans la collectivité. Dans notre clinique, les gens peuvent choisir de me voir, de voir l'une des mes infirmières psychiatriques ou de voir un guérisseur traditionnel ou une combinaison. Nous essayons d'être très flexibles en offrant les traitements des deux médecines occidentale et traditionnelle. Notre objectif final est de donner la possibilité aux membres de la collectivité membres de décider par eux-mêmes des soins de santé mentale qu'ils veulent.

J'aimerais revenir sur quelques questions relatives à la prestation des services de santé mentale.

L'épidémiologie des maladies mentales chez les Autochtones n'est pas suffisamment documentée. Donc, nous ne savons pas vraiment quels sont les plus efficaces types de services de santé mentale. Bien qu'il y ait très peu de modèles, autres que le nôtre, pour fournir des services de santé mentale d'une façon aussi étendue dans une collectivité, nous devons avoir des possibilités de partager ces expériences avec d'autres collectivités des Premières nations à travers le pays.

Une autre question concerne les tendances que j'ai remarquées en psychiatrie. En tant que psychiatre en exercice, je reste informée des normes de la spécialité médicale que j'ai choisie. Je suis un peu préoccupée par ce qui, à mon sens, est un modèle de «consultation seulement» très limitée de services psychiatriques que préconisent certaines associations de médecins. Je ne crois pas pouvoir être aussi efficace dans ma collectivité des Premières nations si je n'offrais pas des services de la même façon qu'un médecin de soins primaires.

Je suis aussi préoccupée par l'importance grandissante des modèles biologiques de maladie mentale. Bien que je reconnaisse que notre connaissance des fondements biologiques des maladies mentales soit importante, je la place beaucoup plus bas dans ma liste de priorités pour traiter mes patients. Par exemple, le fils de l'une de mes patientes s'est suicidé l'année dernière alors qu'il était en garde à vue. La même année, on a découvert qu'elle avait un cancer du rein, on l'a opérée pour lui retirer le rein. Sa plus jeune fille, âgée de 14 ans a réagi au suicide de son frère en adoptant un comportement à risque très élevé, notamment l'abus d'alcool ou d'autres drogues, des relations sexuelles non protégées et des fugues de plusieurs jours. Cette femme est en congé de maladie, elle est donc en très mauvaise situation financière. En outre, elle héberge beaucoup de membres de sa famille. C'est une veuve qui bénéficie de très peu d'aides sociales.

Il serait irréaliste, à mon sens, de ne prescrire à cette patiente qu'un antidépresseur et de l'assurer qu'elle se rétablira avec le temps. Cependant, en lui prescrivant un antidépresseur, mais aussi en lui offrant d'autres aides psychosociales, notamment du counselling, et après lui avoir donné un traitement assez intensif pendant un an dans notre clinique, elle s'est finalement rétablie et reprend un emploi à plein temps ce mois-ci.

In respect of working collaboratively with other community services, Dr. Kirmayer and Ms. Restoule have described to you how different mental health services in First Nations communities are very separate, or “siloe.” I work as a fee-for-service physician in my community. I am only paid for direct patient contact. I do not get paid for the time I spend case-conferencing with other service providers about the clients that we share. It is very difficult to learn and to teach how to work collaboratively with other health and social service providers.

One of the recommendations that came out of the Advisory Group on Suicide Prevention — of which both Dr. Kirmayer and I were members — was that mental health, holistic health, and social service workers be trained in case management, case-conferencing and other models that support integrated client services and collaborative interdisciplinary teamwork.

Additionally, it would be my opinion that these community service providers need increased support to improve their attitudes, knowledge, and skills in working with clients with mental health problems. I suggest attitude training because I see many people being fearful of people with mental illness, which has much to do with stigma. If we can work on some of these things, the service providers in the community can hopefully deliver better mental health care.

Presently, my patients can access individual counselling through the Non-Insured Health Benefits Program, NIHB. Ms. Restoule spoke about the federal funding that comes through First Nations and Inuit Health Branch for this program. However, in Ontario, the limit is 15 sessions with the possibility of renewing for a further 12. A total of 27 sessions for many people is not sufficient to help them adequately address their mental health concerns. The mandate of the NIHB program is to provide support for clients in crisis or who cannot access counselling by other means. That counselling could be from an outpatient psychiatric clinic or health service that is funded by the provincial health care system. They could also pay for private counselling.

The vast majority of my patients live on a limited income and would not be able to pay for private counselling. As a result of transportation and access issues, many are also not able to access counselling services in smaller communities nearby or in larger urban settings such as Brantford or Hamilton. You can tell that these people do fall through the cracks in the system.

Dr. Kirmayer alluded to training an increased number of Aboriginal health professionals. One of the important ways in which access to health services and health outcomes, including mental health, can be improved is by training an increased number of Aboriginal health professionals. Barriers to seeking various mental health services could be overcome and providing more culturally relevant care could be accomplished. The Royal

À propos de la collaboration avec d'autres services communautaires, le Dr Kirmayer et Mme Restoule ont décrit la façon dont les différents services de santé mentale étaient très séparés ou «dans des silos». Dans ma collectivité, je suis payée à l'acte. Je ne suis payée que pour les contacts directs avec les patients. Je ne suis pas payée pour le temps passé aux réunions des intéressés, avec d'autres fournisseurs de services, concernant des patients communs. Il est très difficile d'apprendre et d'enseigner les méthodes de travail en collaboration avec d'autres fournisseurs de services sociaux et de soins de santé.

L'une des recommandations du Comité consultatif sur la prévention du suicide — le Dr Kirmayer et moi-même en sommes membres — proposait que soient formés en gestion des cas, en techniques de réunion des intéressés et en d'autres modèles à l'appui des services intégrés aux clients et de la coopération pluridisciplinaire les responsables de la prestation des services de santé mentale, des services de santé holistique et des services sociaux.

En outre, je pense qu'un plus grand soutien devrait être accordé à ces fournisseurs de services communautaires pour améliorer leurs attitudes, connaissances et compétences dans leur travail avec les patients atteints de troubles mentaux. Je suggère un changement d'attitude, car je constate que de nombreuses personnes ont peur des malades mentaux, ce qui est très lié à la honte. Des mesures prises à cet égard pourraient améliorer la qualité des soins de santé mentale offerts par les fournisseurs de services communautaires.

Mes patients ont maintenant accès au counselling individuel grâce au programme des services de santé non assurés (SSNA). Mme Restoule a parlé du financement fédéral accordé ce programme par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Toutefois, en Ontario, la limite est fixée à 15 séances avec une possibilité d'un renouvellement de 12 autres séances. Un total de 27 séances ne suffit pas à bien aider un grand nombre de patients à surmonter leurs problèmes de santé mentale. La vocation du programme SSNA est de fournir un soutien aux clients en crise ou à ceux qui n'ont aucune autre possibilité de recevoir du counselling. Ce counselling pourrait être assuré par une clinique psychiatrique ou un service de santé externes financés par le système de soins de santé provincial qui pourrait aussi assumer les frais de counselling individuel.

Le revenu de la majorité de mes patients est limité et ils ne peuvent pas payer les frais de counselling individuel. À cause de problèmes de transport et d'accès, beaucoup d'entre eux peuvent aussi ne pas avoir accès aux services de counselling dans les petites collectivités avoisinantes ou dans les grandes agglomérations telles que Brantford ou Hamilton. Ces personnes en sont, en fait, des laissés pour compte.

Le Dr Kirmayer a parlé de la formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé chez les Autochtones. C'est une des meilleures façons d'améliorer l'accès aux services de santé et les résultats dans le domaine de la santé, y compris la santé mentale. Les obstacles à l'accès aux divers services de santé mentale pourraient être éliminés et des soins plus adaptés culturellement seraient offerts. En 1996, la Commission royale

Commission on Aboriginal Peoples in 1996 recommended that 10,000 Aboriginal peoples be trained as health professionals in the next 10 years. We are now only two years away from 2006, and I do not believe that we are anywhere near that goal. Estimates state that there are approximately 150 Aboriginal physicians in this country, most of whom have trained to be family physicians. Off the top of my head, I would estimate the number of Aboriginal specialists at probably less than 25. I am only aware of two other Aboriginal psychiatrists in this country, with a fourth individual graduating from the residency program in Manitoba this June.

Training more Aboriginal health professionals, including those who would work in the area of mental health, must be a priority in a health care system that is inclusive of Aboriginal peoples. I have been part of group at Six Nations to develop a plan summarized in the document entitled "2020 Vision: Training Aboriginal Physicians in Ontario." The goal of this strategy is to graduate 60 Aboriginal physicians in Ontario by the year 2020. The strategy is based on partnerships and commitments among key stakeholders including Aboriginal peoples in Ontario, academic and health institutions, federal government departments, ministries of the provincial government, and the private sector. We are positive that we can achieve our stated goal with a total investment of \$35 million from all partners over the next 15 years. I have brought a copy of that document. We only completed draft number 10 yesterday, which is the reason that I did not submit it earlier.

There is a common saying that no one is irreplaceable. I ask you today, after seven years of working in the Six Nations community and providing psychiatric services to more than 400 patients with over 600 episodes of care, who is there to replace me?

The following are my recommendations to contribute to improving mental health services and outcome for Aboriginal peoples. There needs to be optimized and more integrated mental health services for Aboriginal peoples. This has already been stated by Ms. Restoule and Dr. Kirmayer.

As stated in the Speech from the Throne this February, there needs to be improved federal-provincial-territorial relationships in the delivery of health care, specifically in this instance, for delivering mental health services to Aboriginal peoples.

We desperately need to train more Aboriginal health professionals including physicians, nurses, psychologists and physiotherapists and occupational therapists. The list goes on.

We need to device ways of providing comprehensive psychiatric and mental health services that pay attention to the general determinants of health such as housing, education and poverty. I would add that it also should be respectful and inclusive of indigenous knowledge and ways of traditional healing.

sur les peuples autochtones a recommandé la formation en médecine de 10 000 Autochtones au cours des 10 prochaines années. Il ne reste que deux ans pour arriver à 2006 et je crois que nous sommes encore très loin de cet objectif. Le nombre de médecins autochtones au Canada est d'environ 150, la plupart sont des médecins de famille. Je n'ai pas le chiffre exact sous la main, mais je crois que le nombre de spécialistes autochtones est probablement inférieur à 25. À ma connaissance, il y a deux autres psychiatres autochtones au Canada, un quatrième finit le programme de résidence au Manitoba en juin.

La formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé des Autochtones, y compris ceux qui travailleraient dans le domaine de la santé mentale, doit être une priorité du système de soins de santé des Autochtones. Aux Six Nations, j'ai fait partie d'un groupe d'élaboration d'un plan qui est résumé dans le document intitulé «2020 Vision: Training Aboriginal physicians in Ontario». Ce plan préconisait la formation de 60 médecins autochtones en Ontario avant 2020. La stratégie est fondée sur le partenariat et l'engagement des intéressés, notamment les Autochtones de l'Ontario, les établissements d'enseignement supérieur et de santé, les ministères fédéraux et provinciaux et le secteur privé. Nous sommes persuadés que cet objectif peut-être atteint avec un investissement total de 35 millions de dollars provenant de tous les partenaires durant les 15 prochaines années. J'ai une copie de ce document. La dixième version préliminaire n'a été terminée qu'hier, c'est la raison pour laquelle je n'ai pu la présenter plus tôt.

On dit que personne n'est irremplaçable. Après sept ans de travail dans la collectivité des Six Nations et plus de 400 patients totalisant plus de 600 séances, je vous demande s'il y a quelqu'un pour me remplacer?

Voici ce que je recommande pour améliorer les services de santé mentale et les résultats pour les Autochtones. Il faut optimiser et mieux intégrer les services de santé mentale pour les Autochtones. Mme Restoule et le Dr Kirmayer l'ont déjà dit.

Comme le dit le discours du Trône du mois de février, il faut améliorer les relations fédérales-provinciales-territoriales au niveau de la prestation des services de soins de santé, et plus particulièrement dans ce cas, la prestation des services de santé mentale aux Autochtones.

Nous avons désespérément besoin de former plus de professionnels de la santé autochtones, notamment des médecins, des infirmières, des psychologues, des physiothérapeutes et des thérapeutes occupationnels. Et d'autres encore.

Nous devons concevoir des moyens de fournir des services psychiatriques et de santé mentale complets qui prennent en considération les facteurs généraux influant sur la santé tels que le logement, l'éducation et la pauvreté. J'ajouterais qu'ils devront tenir compte et inclure les connaissances et les méthodes de la guérison traditionnelle des Autochtones.

We need increased funding for mental health services specifically, more federal funding through the NIHB program for mental health counselling. I will not share the numbers with you in my particular presentation, but I have the numbers if you want to talk about that later.

Thank you for your attention and consideration of this matter.

The Acting Chairman: Thank you for the reference list. Will the document to which you referred be made available to us?

Dr. Wieman: Yes, it is here.

The Acting Chairman: Could we have it so that it could be circulated? That is a very important document for us.

Senator Cook: I hardly know where to begin, but thank you for a very thought-provoking overview of where you are in your challenge.

I am a member of the United Church of Canada, which has worked a fair bit with First Nations people. I remember the stories of the residential schools and the healing that accompanied it. Have you ever seen the video *The Taming of Elizabeth Shaw*? Elizabeth Shaw was a teacher in British Columbia in one of the residential schools. That piece left the greatest impact on me.

I am listening to where you are and the challenges that you face with a growing population. I am looking back, because I cannot decide if we were well intentioned. I would like your comment on that. Did we understand? Do we understand now?

Within the conference of my church, there is an all-circle native conference. We have come together, admittedly in small part, in attempting to understand. We all live in communities, as you do live in communities. I am hearing that the communities may be far away. I just cannot get it through my head that someone so close to the heartland of Ontario would live in a house with no floor. If you told me Inuvik, Iqaluit, the Far North or some faraway place, I would be just as distressed but I could understand it better. We have a million people and they are part of this land called Canada. How do we live together?

You live on a reserve that is very structured, and you also live in urban centres or near urban centres where from an economic perspective, the jobs are accessible. If you live in the North, the economics are vastly different.

I also sit on the Standing Senate Committee on Fisheries and Oceans. We just did a study of the northern fisheries of Nunavut and Nunavik. We heard from the people that they want to grow their communities. They want to live in their communities, and make them sustainable. One piece of that economic puzzle is access to licences to fish, access to infrastructure and so on. I am wondering how important is that in the scheme of things?

I know that your area of expertise is in the well-being and the mental health of your population, but somehow or another, I believe it is all interconnected. I am from Newfoundland.

Nous avons besoin de plus d'argent pour les services de santé mentale, surtout une plus grande subvention fédérale par le biais du programme SSNA pour le counselling relatif à la santé mentale. Je ne vais pas vous donner de chiffres, mais je les ai si vous voulez en parler plus tard.

Merci de votre attention et de l'intérêt que vous portez à cette question.

Le président suppléant: Merci pour la liste de références. Allez-vous nous remettre le document que vous avez mentionné?

La Dre Wieman: Oui, je l'ai ici.

Le président suppléant: Pourriez-vous nous le remettre pour le circuler? Ce document est très important pour nous.

Le sénateur Cook: Je ne sais pas par où commencer, mais je vous remercie de nous avoir fait part de votre point de vue au sujet de cette situation difficile.

Je suis membre de l'Église unie du Canada, qui a beaucoup travaillé avec les membres des Premières nations. Je me souviens de ce qui a été relaté au sujet des pensionnats et des solutions apportées. Avez-vous vu la vidéo *The Taming of Elizabeth Shaw*? Elizabeth Shaw était une enseignante dans un pensionnat en Colombie-Britannique. J'ai été très marquée par ce film.

J'ai compris la situation dans laquelle vous vous trouvez et les défis soulevés par l'augmentation de la population. Je regarde vers le passé et je ne sais pas si nous étions animés de bonnes intentions. J'aimerais avoir votre avis. Avions-nous compris? Est-ce que nous comprenons aujourd'hui?

Dans mon église, nous avons une conférence autochtone qui se tient en cercle. Nous nous réunissons, peu de gens à vrai dire, pour essayer de comprendre. Comme vous, nous vivons tous dans des collectivités. Je crois comprendre que les collectivités peuvent être isolées. Je n'arrive pas à admettre que quelqu'un qui habite si près du centre de l'Ontario vit dans une maison de sol en terre battue. Si vous aviez dit que c'était à Nuvik, à Iqaluit, au Grand Nord ou un endroit très éloigné, je serais tout autant choquée, mais je le comprendrais mieux. Il y a un million de personnes qui font partie de ce pays, le Canada. Comment vivons-nous ensemble?

Vous habitez dans une réserve très structurée et vous vivez aussi dans des centres urbains ou près de centres urbains où il est possible de travailler. La situation économique est très différente dans le Nord.

Je siège aussi au Comité sénatorial permanent des pêches et des océans. Nous venons de faire une étude sur les pêches du Nord au Nunavut et au Nunavik. Les gens nous ont dits qu'ils veulent développer leurs collectivités. Ils veulent vivre dans leurs collectivités et les rendre durables. L'accès aux permis de pêche, l'accès à l'infrastructure et cetera, sont des éléments de ce casse-tête économique. Quelle est leur importance dans tout cela?

Je sais que votre spécialité est le bien-être et la santé mentale de votre population, mais d'une façon ou d'une autre, je crois que tout est relié. Je suis originaire de Terre-Neuve. Nous avons

We went through two resettlement programs in my lifetime. It was difficult. Will we take a hard look at things and say, "You cannot live there." Is that what we will do to people?

The North is harsh — trying to build infrastructure, trying to live in a sustainable community, trying to have a sense of well-being of who you are in your spirituality. I wonder at what point we will look at that piece. I would like your opinion on that.

Dr. Wieman: Senator Cook, I think you have covered pretty much all of Canada's history in that one question. What I got from your comments, in some ways, were two different types of questions that I will try to address. The first, as I interpret it, has to do with how we live together as people in this country. I am sure, because of the diversity of Aboriginal peoples, you would get 100 different answers if you had 100 Aboriginal people sitting around this table. I can only give you my own perspective.

Culture is part of our identity and our wellness. That is who we are as people. On a personal note, I was one of what is called the "60s scoop" kids. We talked about the residential schools experience; we have not talked too much about 60s scoop. The 60s scoop followed the residential schools experience, once those closed started to close. Many of the child protective agencies — Manitoba was probably the worst affected — in the 1960s started to take Aboriginal kids out of their homes and away from their communities in large numbers. That is the community where I am from, in Manitoba.

I was a Crown ward. I lived in about six different foster homes and I was adopted and raised by a non-native family. I spent many years, of course, going to school and getting my training as a physician. I can tell you that I did not feel that I was a whole person again until I returned to a community. I chose not to go back to my original community and practice because I felt I could make the most impact working at Six Nations, which is the largest reserve community in the country, and because there were so few psychiatrists. That was the basis for my reasoning. I can tell you that I did not feel that I was a complete person until I once again worked in what I call my community now.

As Dr. Kirmayer said, there is an interconnectedness; there is a sense of belonging that is hard to articulate but is nonetheless there. In my opinion, Aboriginal people do not want to go back and blame the past. They want to acknowledge what happened in the past. Even this morning, getting ready to come here, I was listening to CBC Radio and they were talking about the two founding nations of this country: the English and the French. I was thinking, "Hmmm, we are the first peoples; we are the indigenous peoples of this country."

Much of that history has been lost. Many young people in this country do not know about the original Aboriginal people in this country. That needs to be rectified. One way we can live together is by each acknowledging our own contributions and how we live together as people while we retain our sense of cultural identity.

connu deux programmes de réinstallation. C'était une situation difficile. Nous examinions attentivement des choses et nous disions: «On ne peut pas vivre ici.» Est-ce cela que nous voulons faire aux gens?

Le Nord est une rude région — essayer de construire une infrastructure, essayer de vivre dans une collectivité durable, essayer de se sentir bien au niveau spirituel. Je me demande quand nous déciderons de nous pencher sur ces problèmes. J'aimerais votre opinion à ce sujet.

La Dre Wieman: Sénateur Cook, je pense que votre question traite de presque toute l'histoire du Canada. Je crois que vous soulevez deux questions auxquelles je vais essayer de répondre. La première, si je la comprends bien, concerne la façon dont nous vivons ensemble au Canada. Je suis certaine qu'en raison de la diversité des Autochtones, vous aurez 100 réponses différentes si 100 Autochtones étaient assis autour de cette table. Je ne peux vous donner que mon point de vue personnel.

La culture fait partie de notre identité et de notre bien-être. C'est ainsi que nous sommes faits. En ce qui me concerne personnellement, je fais partie de ce que l'on a appelé «la rafle des années soixante». On a mentionné les pensionnats; nous n'avons pas trop parlé de la rafle des années soixante qui a suivi la fermeture des pensionnats. Dans les années 60, de nombreuses agences d'aide à l'enfant — surtout au Manitoba — ont commencé à retirer beaucoup d'enfants autochtones de leurs foyers et à les éloigner de leurs collectivités. Je parle de la collectivité dont je suis originaire, au Manitoba.

J'ai été pupille de la Couronne. J'ai vécu dans six différents foyers d'accueil. J'ai été adoptée et élevée par une famille non autochtone. Bien sûr, je suis allée à l'école durant de nombreuses années et j'ai étudié pour devenir médecin. Je peux vous dire que je ne me suis sentie épanouie que lorsque je suis retournée dans une collectivité. J'ai préféré ne revenir dans ma collectivité d'origine pour y pratiquer la médecine, car je pensais être plus utile aux Six Nations, qui est la plus grande réserve de collectivités au pays et parce qu'il y avait si peu de psychiatres. C'est ce que j'ai pensé. Ce n'est que lorsque j'ai travaillé de nouveau dans ce que je considère, aujourd'hui, comme étant ma collectivité que je me suis sentie épanouie.

Ainsi que l'a dit le Dr Kirmayer, il y a une interdépendance; un sens d'appartenance difficile à décrire, mais qui existe. À mon avis, les Autochtones ne veulent pas regarder vers le passé et le blâmer. Ils veulent que l'on reconnaisse ce qui s'est passé. Ce matin même, en me préparant à venir ici, j'écoutais la radio de la CBC, on parlait des deux nations fondatrices de ce pays: les Anglais et les Français. Je me suis dit: «Mais, nous sommes les Premières nations, nous sommes les indigènes de ce pays.»

Une grande partie de cette histoire est oubliée. De nombreux jeunes au Canada ignorent l'histoire des Autochtones. Il faut y remédier. Pour vivre ensemble, il faut reconnaître les contributions de chacun et la façon de vivre ensemble tout en conservant notre identité culturelle.

I do not think people want to live in isolation. People in my community want to go out into urban settings and get training that is necessary; but a lot of people want to return to the communities and do the best that they can. Having the experience of working both at an academic institution like McMaster University, and also being based in an Aboriginal community — sort of being a bridge between those two worlds — is not an easy place to be. It is one of the biggest challenges in my career. Nonetheless, it is valuable.

Even my life experience has been a valuable thing that I can offer to people. My patients appreciate that I have also suffered. As Dr. Kirmayer said earlier, Aboriginal people respond — my clients respond to me because even though they may not know my life story, they recognize some sort of commonality.

The second question had to do with access to mental health services. I see this as one of the major issues that we tackle in delivering mental health services, and that you as a committee will likely have to tackle in terms of making recommendations or statements around mental health services for Aboriginal people.

There are many different reasons why access is difficult, from purely physical reasons of not being able to get to a certain place to non-physical or psychological reasons. We know, for example, that psychiatric patients or people experiencing emotional difficulties find it hard to be organized enough to get to appointments. In other words, there is a very high no-show rate for appointments. For example, in my clinic at any one time we have a 10 per cent to 33 per cent no-show rate. I will give you an example from the mainstream.

If you attend appointments at the office of a highly specialized psychiatrist in Hamilton and you miss one or two appointments, you simply will not be seen by that psychiatrist again. However, at our clinic, if an individual misses an appointment, we cannot exclude him or her from our services. We have to retain the person as a patient. I know many of my patients quite well, so sometimes I get in my car and find them because I have that hour booked to see them.

We have tried to access services in Hamilton that are more specialized, that we do not offer. Those might include treatment for anxiety disorders or cognitive behavioural treatment for depression. We do not have the resources in our clinic to do that.

I do not know what the factors are, but we have a very difficult time accessing these services. I would be reluctant to put a name on it, but I would suggest that people simply do not want to deal with our people sometimes. I am not sure why that is, but I have my suspicions.

The community where I work is divided right down the middle in terms of catchment areas. There is Haldimand-Norfolk region, Brantford region and Hamilton region. In some ways, you become a little paranoid in thinking that this is done on purpose, because no one knows where to go. If you show up in Brantford you may be told that you are not their problem but Hamilton's

Je ne crois pas que les gens veulent vivre en isolement. Les gens de ma collectivité veulent aller dans des centres urbains et recevoir la formation nécessaire, mais un grand nombre veulent retourner dans les collectivités pour faire ce qu'ils peuvent faire de mieux. Étant donné que j'ai travaillé dans un établissement d'enseignement supérieur comme l'Université McMaster et dans une collectivité autochtone — je me trouve un peu entre ces deux mondes — une situation un peu inconfortable. C'est l'un des plus grands défis de ma carrière mais qui a, malgré tout, des avantages.

Même ma vie personnelle est une chose importante que je peux offrir aux gens. Mes patients tiennent compte du fait que moi aussi, j'ai souffert. Comme le disait le Dr Kirmayer, les Autochtones réagissent — mes clients réagissent à mon égard, car, même s'ils peuvent ne pas connaître l'histoire de ma vie, ils reconnaissent quelque chose de commun.

La deuxième question portait sur l'accès aux services de santé mentale. C'est, à mon sens, l'un des plus importants obstacles dans la prestation de services de santé mentale. Le comité devra probablement aborder ce problème pour faire des recommandations ou se prononcer sur les services de santé mentale pour les Autochtones.

Les raisons des difficultés d'accès sont multiples, des raisons entièrement physiques comme l'impossibilité de se déplacer et des raisons non physiques ou psychologiques. Par exemple, nous savons qu'il est difficile pour les malades mentaux ou les personnes qui éprouvent des difficultés de caractère affectif d'être suffisamment organisés pour venir aux rendez-vous. Autrement dit, un très grand nombre de patients manquent leur rendez-vous. Dans ma clinique, il est très courant que 10 à 33 p. 100 des personnes manquent leur rendez-vous. Je vous donne un exemple courant.

Quelqu'un qui consulte un psychiatre très spécialisé à Hamilton et qui manque un ou deux rendez-vous sera éliminé de la liste des patients. Nous ne refusons pas, dans notre clinique, les patients qui manquent des rendez-vous, nous devons continuer à traiter ces patients. Je connais assez bien un grand nombre de mes patients, il m'arrive d'aller chez eux, en voiture, parce que je leur avais réservé une heure pour les voir.

Nous avons essayé d'avoir accès à des services de Hamilton qui sont plus spécialisés, pour des traitements que nous n'offrons pas tels que le traitement des troubles anxieux ou la thérapie cognitivo-comportementale de la dépression. Notre clinique ne dispose pas des ressources permettant de donner ces traitements.

J'ignore pourquoi, mais il nous est très difficile d'obtenir ces services. J'hésiterais à qualifier cette attitude, mais je suggérerais que, quelquefois, les gens ne veulent simplement pas avoir affaire à nos collectivités. Je n'en connais pas les raisons, même si j'ai mes doutes là-dessus.

Ma collectivité est divisée en deux par les bassins versants. Il y a les régions de Haldimand-Norfolk, de Brantford et de Hamilton. D'une certaine façon, on devient un peu paranoïaque en imaginant que cela a été fait volontairement parce qu'on ne sait plus où aller. Si on va à Brantford, on se fait répondre qu'ils ne sont pas responsables et ils vous envoient à Hamilton. À

problem. If you go to Hamilton, they may say that you are Brantford's problem. I referred to that with the provincial-federal problem as well — in other words, no one wants to take responsibility in whole or in part and say, "Yes, you are our problem."

Senator Cook: In my province, Goose Bay is the closest area for the seven or eight communities along the Labrador Coast, and the services are limited. I do not need to speak to the crisis of Davis Inlet, because everyone is familiar with that story.

In the 1970s and 1980s, the United Church, in partnership with social services, ran a number of programs for the youth in Goose Bay. It did not go very well because we were getting the same young offenders. Life was different from the perspective of the 8- to 16-year-olds. The downside was that the parenting skills were lost in the communities. That did not work.

How do you deliver services? How do you maintain a people's culture and the economics of living in such far-flung worlds? You did not speak to the justice system, the sensitivity or the insensitivity. The only person seen in the communities is the RCMP. All of those pieces contribute to mental health and well-being of people who choose to live in more remote communities — which is their right. They have a right to live wherever they want to live.

Ms. Restoule: My thoughts go to something Dr. Kirmayer referred to earlier about a sense of empowerment and ability to plan one's future. It makes a big difference if communities have the ability to develop education and health care systems that meet the unique needs of the families, that create economic opportunities, that have culturally based child welfare services and that are sensitive to health services. That is why some of our communities do better than other communities. With strong leadership and strong ideas, they are able to enforce, plan and implement in the communities. That tends to make a difference, because suddenly people feel that there is sustainability, that they have responsibility and that they are empowered. Suddenly their well-being tends to improve because they can make plans and see growth and sharing. Community programs are interconnected. That makes a big difference.

I was speaking with some of the board members of the Native Mental Health Association of Canada to ask their opinions. The board member from Eastern Canada said this to me: "If I could leave you with one thing, it is that, on the East Coast, suicide rates were quite high prior to the Oka crisis." They found that immediately following the crisis there was a significant decrease in suicide rates. It seems that suddenly there was a sense of hope among the youth in Eastern Canada, that Aboriginal people had a voice and could make a stand about what was important to them and that they would be recognized and heard. That struck me as interesting. I would not have thought that, but I think empowerment plays a very big part in our well-being.

Hamilton, on peut vous dire que vous êtes de la responsabilité de Brantford. Je dirais que c'est pareil avec les gouvernements provincial et fédéral, autrement dit, personne ne veut assumer la responsabilité, en tout ou en partie, et dire «Oui, vous êtes de notre responsabilité.»

Le sénateur Cook: Dans ma province, Goose Bay est la plus proche région pour les sept ou huit collectivités le long de la côte du Labrador et les services sont limités. Je ne vais pas parler de la crise de Davis Inlet car tout le monde est au courant.

Dans les décennies 70 et 80, l'Église unie, en partenariat avec les services sociaux, a lancé plusieurs programmes à l'intention des jeunes de Goose Bay. Ces programmes n'ont pas été efficaces, car nous les mêmes jeunes délinquants réapparaissaient. Les jeunes entre 8 et 16 ans avaient une perception différente de la vie. Le problème était que les compétences parentales étaient absentes dans les collectivités. Ça n'a pas marché.

Comment fournir les services? Comment préserver la culture et la situation économique des gens qui vivent si loin? Vous n'avez pas parlé du système juridique, de la sensibilité ou de l'insensibilité. La seule personne que l'on voit dans les collectivités est le gendarme. Tous ces éléments influant sur la santé mentale et sur le bien-être des gens qui choisissent de vivre dans des collectivités plus isolées, ce qui est leur droit. Ils ont le droit de vivre où bon leur semble.

Mme Restoule: Je pense à ce qu'a dit le Dr Kirmayer tout à l'heure sur la prise en charge et la capacité à planifier son propre avenir. La situation serait très différente si les collectivités avaient la possibilité de développer des systèmes d'enseignement et de soins de santé qui répondraient aux besoins particuliers des familles, qui créeraient des débouchés économiques, qui auraient des services d'aide à l'enfant adaptés à la culture et qui seraient sensibles aux services de santé. C'est la raison pour laquelle la situation de certaines de nos collectivités est meilleure que dans d'autres. Avec un bon leadership et de bonnes idées, elles peuvent élaborer des plans et les mettre en œuvre dans les collectivités. Cela fait une différence, car soudainement, les gens jugent qu'il y a de la durabilité, qu'ils sont responsables et qu'ils se sont pris en charge. Leur bien-être a tendance à s'améliorer parce qu'ils peuvent faire des projets et constater une croissance et un partage. Les programmes communautaires sont interdépendants. C'est une différence importante.

J'ai demandé à quelques membres du conseil de Native Mental Health Association of Canada ce qu'ils en pensaient. Le membre du conseil de l'est du Canada m'a répondu: «S'il y a quelque chose que je veux vous dire c'est que, sur la côte Est, les taux de suicides étaient assez élevés avant la crise d'Oka.» De suite après la crise, le taux de suicide a considérablement baissé. On aurait dit que d'un seul coup, un espoir est né chez les jeunes de l'est du Canada, que les Autochtones avaient une voix, qu'ils pouvaient défendre leur position et qu'ils seraient reconnus et entendus. Cela m'a paru très intéressant. Je n'y aurais pas pensé, mais je crois que la prise en charge joue un rôle très important pour notre bien-être.

Senator Cook: The people of Labrador became Canadians just over 50 years ago. There were no indigenous people, according to the terms of union. Dr. Wilfred Grenfell, an English medical missionary, serviced the coast. That is now done by teachers from Labrador, and by social workers and nurses. Would it help if their curricula included training with respect to the particular population?

The Acting Chairman: I would like to hear from Dr. Kirmayer on this issue.

Dr. Kirmayer: I would be pleased to respond. Some extremely important issues are being raised that go right to the heart of things. I am glad to have things situated historically. The processes of the last 200 years are ongoing. I want to show one slide, which I skipped over earlier, that acknowledges that we had in Canada, as in New Zealand and in Australia, an explicit policy of forced assimilation — that Indians, First Nations people, were less civilized and that it was a kindness to them to bring them up to speed and to force on them a kind of Euro-Canadian culture. Many policies, such as residential schools and other kinds of interventions, stem from that attitude. That attitude is not dead, unfortunately, although some things have changed. There seems to be a growing awareness of the intrinsic value of Aboriginal traditions and the right for people to maintain their traditions and the value of diversity.

There is a strong tendency to hold people to one model of how to live life that infiltrates all of our design of services. That speaks toward the educational goal. Unless the issue of cultural difference, diversity and tradition is made explicit and is grounded in models of mental health, rather than in models of community development for people, then well-intentioned people will attempt, inadvertently, to impose an ethnocentric model. Many nations are looking to Canada's experiments in allowing and fostering a kind of diversity and a kind of pluralism. Certainly, relations with Aboriginal people are a big part of that. In medical education and in the health professions, there is little training on issues of culture.

On this slide, I wish to draw senators' attention to one thing. Most of the points are quite explicit, but one line says "essentializing identity." That is a particularly interesting notion because it speaks to the idea that we impose a cookie-cutter notion of identity on people.

We say, "Okay, this is a First Nation individual, so he or she should be living like this." In fact, young people have available to them a tremendous diversity of opportunities. People in the most remote communities in Canada are connected to the Internet, satellite TV and mass media. They have an awareness of self and local worlds in relationship to larger global phenomenon.

Aboriginal identity is a moving target. People are developing it in individual ways. If they are given opportunities and resources, and if practices of exclusion do not continue, a range of communities and types of identity will flow forward.

Le sénateur Cook: Il y a juste un peu plus de 50 ans que les habitants du Labrador sont devenus Canadiens. Selon les conditions de l'union, ils n'étaient pas considérés comme des indigènes. Le Dr Wilfred Grenfell, un missionnaire médical anglais, a travaillé sur la côte. Aujourd'hui, ce sont les enseignants du Labrador, les travailleurs sociaux et les infirmières qui continuent ce travail. Serait-il utile d'inclure dans leur programme d'études une formation axée sur une population particulière?

Le président suppléant: J'aimerais que le Dr Kirmayer réponde à cette question.

Le Dr Kirmayer: Avec plaisir. Des questions extrêmement importantes et fondamentales ont été soulevées. Je suis heureux que les problèmes aient été situés dans le contexte historique. Les processus des 200 dernières années se poursuivent. Je vais vous montrer une diapositive que je n'avais pas projetée. On voit que le Canada, comme la Nouvelle-Zélande et l'Australie, menait une politique manifeste d'assimilation forcée — que les Indiens, les membres des Premières nations, étaient moins civilisés, qu'on leur rendait service en les modernisant et leur imposant une culture eurocanadienne. De nombreuses politiques, notamment les pensionnats et d'autres mesures, sont issues de cette attitude qui, hélas, est toujours présente, même s'il y a eu des changements. Il semble y avoir une sensibilisation croissante des valeurs intrinsèques des traditions autochtones et du droit des gens à préserver leurs traditions et leurs différences.

Il y a une forte tendance à imposer aux gens un seul mode de vie et cela se reflète dans toutes nos conceptions des services. Je parle de l'objectif éducationnel. Si la question de la différence, de la diversité et de la tradition culturelles n'est pas abordée explicitement et si elle n'est pas incorporée dans des modèles de santé mentale au lieu de l'être dans des modèles de développement de collectivité, les gens bien intentionnés tenteront, sans le vouloir, d'imposer un modèle ethnocentrique. De nombreux pays suivent de près les tentatives du Canada visant à instaurer une sorte de diversité et de pluralisme. Assurément, les relations avec les Autochtones en sont un élément important. L'aspect culturel est peu présent dans l'enseignement médical et les professions de la santé.

Dans cette diapositive, j'attire l'attention des sénateurs sur une chose. La plupart des points sont assez explicites, mais une ligne contient l'expression «fondement essentiel de l'identité.» Cette notion est particulièrement intéressante, car elle laisse supposer que nous imposons aux gens une approche uniforme de l'identité.

Nous disons: «Voici un membre des Premières nations, donc il ou elle devrait vivre de cette façon». En fait, les jeunes ont une multitude de possibilités. Les gens qui vivent dans les collectivités les plus isolées ont accès à Internet, à la télévision satellite et aux mass média. Ils savent se situer et situer leur environnement par rapport au reste du monde.

L'identité des Autochtones évolue. Chacun la développe à sa manière. Si on leur donne les possibilités et les ressources, et si l'on met fin aux pratiques d'exclusion, tout un éventail de collectivités et d'identités apparaîtra.

In the past, and as recently as last year in an op-ed piece in the *Globe and Mail*, all the problems were blamed on people hanging on to the past, that they should assimilate into mainstream society and communities should dissolve. That thinking is no different than what existed in the late 1800s and what contributed directly to the magnitude of the mental health problems that the communities are experiencing now.

Senator Cook: The federal government is paying a terrible price economically for what you just referred to. The people of Davis Inlet were not asked what kind of housing they wanted. They were not asked how they would like to live in their new community of Sango Bay. Once again, people are paying the price; the government is paying the economic price, dollars that could be better used. That is my rant, thank you.

Senator Keon: I, too, do not know where to begin. I see two huge problems that perhaps could be addressed. One is the suicides, particularly in young males, and the other is the criminalization, particularly, of young males.

Both these phenomena are catastrophes. I should like to do whatever little bit I can through this committee and through the Senate to help you to focus on these two areas to see what can be done to correct them.

The suicide phenomenon is frequently associated with criminalization. I know of a recently publicized incident of a young male who looked like he had a very bright future. He was arrested for drunken driving, and suddenly he is a criminal. He has no future. He cannot leave the country. He cannot go to university. He cannot do anything. He shot himself.

If there were some way of decriminalizing these people, or at least lifting the burden of criminalization from them, they could attend university, work for the federal, provincial or local government, travel and be a normal person.

I do not know how we could help you, but I would like to see you focus on those two areas and see what we can do to help you. I should like to have your comments.

Dr. Kirmayer: I wish to speak to that just for a moment. Along with Dr. Wieman and many other people, I have been involved in some initiatives to look at the problem of suicide. This issue has been ongoing for years, and there have been many efforts.

I am concerned with putting exclusive focus on that, for a couple of reasons. I really see the problem of suicide as an index of broader problems that affect many more people. The exclusive focus on suicide does not lead one immediately to the roots of the problem.

Certainly, the fact that young males are more directly affected than other segments in the community says something important about the opportunities, the vision of the future and the sense of

Dans le passé, et aussi récemment que l'an dernier dans une page en regard de l'éditorial publiée dans le *Globe and Mail*, on attribuait tous les problèmes à ceux qui s'accrochaient au passé, on leur demandait de s'intégrer à la société et, de ce fait, les collectivités disparaîtraient. Ce raisonnement n'est pas différent de celui de la fin du XIX^e siècle qui a directement contribué à multiplier les problèmes de santé mentale qui frappent, aujourd'hui, les collectivités.

Le sénateur Cook: Le gouvernement fédéral paie un prix considérable, du point de vue économique, en ce qui a trait à ce que vous venez de mentionner. On n'a pas demandé aux habitants de Davis Inlet le genre de logement qu'ils voulaient. On ne leur a pas demandé de quelle façon ils aimeraient vivre dans leur nouvelle collectivité de Sango Bay. Une fois de plus, les gens paient le prix; le gouvernement paie le prix économique, de l'argent qui aurait pu être mieux utilisé. C'est ce que j'avais à dire, merci.

Le sénateur Keon: Moi aussi, je ne sais par où commencer. Je vois deux problèmes considérables qui pourraient peut-être être réglés. L'un concerne les suicides, principalement chez les jeunes hommes, et l'autre la criminalisation, surtout chez les jeunes hommes.

Ces deux phénomènes sont tous deux catastrophiques. J'aimerais faire mon possible au sein du comité et du Sénat pour vous aider à vous pencher sur ces deux problèmes et trouver des solutions.

Le suicide est souvent lié à la criminalisation. J'ai lu récemment un article sur un jeune homme qui avait semblé avoir tout pour réussir dans la vie. Il a été arrêté pour conduite en état d'ivresse et voilà que tout à coup il est considéré comme un criminel. Il n'a plus d'avenir. Il ne peut sortir du pays. Il ne peut pas s'inscrire à l'université. Il ne peut rien faire. Il s'est suicidé avec une arme à feu.

Si on peut décriminaliser ces personnes ou, au moins, éliminer les charges de criminalisation qui pèsent sur elles, on leur permettrait d'étudier à l'université, de travailler pour les gouvernements fédéral, provincial ou local, de voyager et d'être des citoyens normaux.

Je ne sais pas comment nous pouvons vous aider, mais j'aimerais que vous vous intéressiez à ces deux problèmes et que vous déterminiez ce que nous pouvons faire pour vous aider. J'aimerais avoir votre avis.

Le Dr Kirmayer: Je voudrais dire un mot là-dessus. Avec la Dre Wieman et de nombreuses autres personnes, nous avons pris quelques initiatives concernant le problème du suicide. Ce problème existe depuis longtemps et a suscité beaucoup de travail.

Le fait de ne se limiter qu'au suicide me préoccupe pour deux raisons. À mon avis, le suicide résulte de problèmes plus graves qui touchent beaucoup plus de gens. Ne considérer que le suicide ne mène pas immédiatement aux causes du problème.

Bien sûr, le fait que les jeunes hommes soient plus concernés directement que d'autres personnes de la collectivité souligne l'importance des débouchés, de la vision de l'avenir et de l'idée

self that young males have in some Aboriginal communities. Arguably, there are ways in which males have experienced the rapidity of culture change and the impact of forced assimilation somewhat differently. They have been harder hit in a way. There has been more discontinuity in their roles and in their options as important members of the community. In many Aboriginal communities, men were very involved with subsistence activities and maintaining the economic welfare of the community.

As the communities have shifted toward being service-based with human resources and human relations jobs available, women have been more represented proportionately. Men may have fewer options in some communities. That may have an indirect impact on youth.

All that to say that I think that a broader focus is important. The suicide statistics are very alarming. It involves deaths that are deaths of the youngest people with the most potential for the future. It is just agonizing for everyone.

The danger of focusing on that exclusively is that we might miss the broader social issues, the fabric of the community and the sense of self-direction in the community. The point was made earlier that those communities that have a sense of local power and of making a difference probably have a lower rate of suicide because young people think they can make a difference. They can imagine growing up with a voice and an impact on government and the future.

That is one of the best antidotes to the personal and individual despair and suffering that drives people to suicide. Even if one takes the problem of suicide extremely seriously and puts it right at the centre, one is led naturally to being concerned about issues of community development and empowerment for young people rather than focusing on suicidality.

In regard to criminalization, your point is well taken about the need to deal with issues of racism within the system. Decisions are not always made in an unbiased and equitable way. We must also look at alternative forms of conflict resolution, of maintaining ties of connectedness and not creating the feeling of being cut-off, which is a catastrophe for everyone, not only for Aboriginal young people.

Dr. Wieman: You said that you did not know what to do. I can help you with that. I agree with Dr. Kirmayer that we cannot necessarily allow the primary focus to be on suicide.

I have provided honourable senators with background information on a project that was commissioned by the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada and the Assembly of First Nations. That report came out in October 2002. It was entitled "Acting on What We Know: Preventing Youth Suicide in First Nations." We called the report that because we know about suicide, we know how often it occurs, we know who is doing it, but now we have to take action on it. The report was really a call for action.

que se font d'eux-mêmes les jeunes hommes de certaines collectivités autochtones. Il est vrai que des hommes ont affronté différemment le changement culturel rapide et l'assimilation forcée. D'une certaine façon, ils en ont souffert plus. La rupture au niveau de leurs rôles et de leurs options en tant que membres importants de la collectivité a été plus nette. Dans de nombreuses collectivités autochtones, les moyens de subsistance et le bien-être économique de la collectivité sont plus du ressort des hommes.

Avec le passage des collectivités à une économie fondée sur les services offrant des emplois dans les ressources humaines et les relations humaines, la représentation des femmes est proportionnellement plus élevée. Les hommes ont peut-être moins d'options dans certaines collectivités. Cette situation peut avoir un effet indirect sur la jeunesse.

Tout cela pour dire que je pense qu'il est important de ne pas se concentrer sur un seul élément. Les statistiques concernant le suicide sont très alarmantes. Il s'agit de morts, de la mort de jeunes gens dont l'avenir promettait d'être brillant. C'est tragique pour tout le monde.

En nous concentrant exclusivement sur le suicide, nous risquons de passer à côté de problèmes sociaux plus importants, du tissu social de la collectivité et de l'autodétermination dans la collectivité. On a fait observer tout à l'heure que les collectivités qui ont un sens de l'autodétermination et qui veulent changer le cours des choses ont probablement un taux de suicide inférieur, car les jeunes pensent qu'ils peuvent changer les choses.

C'est l'un des meilleurs antidotes au désespoir et à la souffrance qui mènent au suicide. Même si l'on considère le problème du suicide très sérieusement et qu'on le place au cœur du problème, les questions du développement de la collectivité et le pouvoir de décision par les jeunes seront automatiquement pris en compte au lieu de ne se concentrer que sur le phénomène du suicide.

À propos de la criminalisation, vous avez raison de dire qu'il faut régler les questions liées au racisme à l'intérieur du système. Les décisions ne sont pas toujours prises d'une manière impartiale et équitable. Nous devons aussi chercher d'autres solutions aux conflits afin de préserver l'interdépendance et ne pas créer un sentiment d'exclusion qui serait désastreux pour tout le monde et pas seulement pour les jeunes Autochtones.

La Dre Wieman: Vous avez dit que vous ne saviez pas ce qu'il fallait faire. Je peux vous aider. Je suis d'accord avec le Dr Kirmayer sur le fait de ne pas considérer exclusivement le suicide.

J'ai fourni aux honorables sénateurs de la documentation concernant un projet commandé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et par l'Assemblée des Premières nations. Ce rapport, publié en octobre 2002, s'appelle «Agir selon ce que nous savons: La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations.» Nous lui avons donné ce titre, car nous savons ce qu'est le suicide, nous en connaissons la cadence, nous savons qui se suicide, mais nous devons agir maintenant. Ce rapport demandait vraiment que l'on prenne des mesures.

In some of the background information that I provided to Senator Morin last fall, I included the executive summary from that report. There were some 30-odd recommendations that this group made. We worked over a period of two years to examine the problem from every angle possible. I can honestly say that the work of that group was extremely thoughtful.

Every recommendation in that report was achieved by consensus, which is important for you to know. Everyone felt strongly that each recommendation should be there. Many of the recommendations outline a role for the federal government.

The recommendations are centred around four major themes. First, we should increase what we know about suicide and what we know about suicide prevention. The second theme was about optimizing mental health services that are delivered for First Nations people. The third theme was how to go about fostering community development approaches, communities' own ideas of what would be helpful to them in terms of preventing suicide. The fourth theme was centred around fostering youth's identity, their sense of themselves and their culture.

That report was not meant to be the definitive statement on suicide. It was meant to be a living document that we could go to over time and see how many of these recommendations have been carried out. Some of them are in process. For example, Dr. Kirmayer mentioned the National Network on Aboriginal Mental Health Research. That would be one initiative that is funded through the Institute of Aboriginal People's Health, the Canadian Institutes of Health Research that brings together a group of people who are researchers with an interest in the area of Aboriginal mental health. Suicide is but one of the areas of interest.

My plea would be that you take look at the recommendations from that report, at least, and see if we can keep the momentum going in terms of addressing some of those things. A lot of work has gone into the different reports, and we would like to see things actually start happening rather than just doing report after report every decade or so.

The Acting Chairman: The clerk has that report and it will be circulated to members.

Senator Keon: Dr. Wieman, would you comment on what measures you have in place, and what measures you think you could put in place, for decriminalization of these young people who are in prison? It is not so much the fact they are in prison, or in and out of prison, but that it is the end of the road for them. It is so tragic for them. Is there any initiative?

Dr. Wieman: There is not a specific pan-Canadian initiative that I am aware of. My colleagues may know differently.

What you describe is the same type of problem that I often see in practising medicine, which is that we tend to only deal with the crises. We only tend to manage people on an emergency basis. We do not do any primary prevention, or early prevention

Dans la documentation que j'ai remise au sénateur Morin l'automne dernier, j'avais inclus le résumé de ce rapport. Ce groupe avait fait une trentaine de recommandations. Pendant deux ans, nous avons étudié le problème sous toutes ses formes. Je peux dire sincèrement que le groupe a fait un travail minutieux.

Il est important de savoir que toutes les recommandations du rapport ont été adoptées à l'unanimité. Chacun d'entre nous était fermement déterminé à inclure chacune des recommandations. De nombreuses recommandations mettent en évidence le rôle que peut jouer le gouvernement fédéral.

Les recommandations s'articulent autour de quatre thèmes principaux. Premièrement, nous devons faire plus de recherches sur le suicide et sur sa prévention. Deuxièmement, il faut optimiser les services de santé mentale offerts aux membres des Premières nations. Troisièmement, il faut favoriser le développement des collectivités, les propositions des collectivités pouvant être utiles en termes de prévention du suicide. Quatrièmement, il faut encourager la recherche d'une identité, de la conscience de soi et de la culture chez les jeunes.

Ce rapport n'est pas censé être une déclaration définitive au sujet du suicide. C'est un document évolutif à consulter au fil du temps pour déterminer le nombre de recommandations mises en œuvre. Certaines sont en cours d'application. Par exemple, le Dr Kirmayer a mentionné le réseau national de la recherche dans le domaine de la santé mentale autochtone qui est une initiative subventionnée par le biais de l'Institut de la santé des Autochtones, les Instituts canadiens de recherche en santé regroupant des chercheurs travaillant dans le domaine de la santé mentale autochtone. Le suicide ne constitue que l'un des sujets d'intérêt.

Je souhaite que vous puissiez, au moins, examiner les recommandations de ce rapport afin de déterminer si nous pouvons continuer dans cette voie pour régler certains de ces problèmes. Les différents rapports ont exigé beaucoup de travail, aussi nous espérons que des mesures concrètes soient prises et que nous n'ayons pas à soumettre rapport après rapport tous les dix ans.

Le président suppléant: Le greffier a ce rapport, il va être circulé aux membres.

Le sénateur Keon: Docteur Wieman, pourriez-vous nous dire quelles sont les mesures que vous avez appliquées et quelles sont les mesures que vous pensez pouvoir appliquer pour décriminaliser les jeunes qui sont en prison? Ce n'est pas tellement le fait qu'ils soient en prison ou qu'ils y passent plusieurs séjours, mais qu'il n'y ait plus d'espoir pour eux. Leur situation est vraiment tragique. Y a-t-il une initiative à cet égard?

La Dre Wieman: À ma connaissance, il n'y a pas d'initiative proprement pancanadienne. Mes collègues en savent peut-être plus.

Ce que vous décrivez est le même genre de problème que je rencontre souvent dans la pratique de la médecine, c'est-à-dire cette tendance à ne régler que les crises à ne s'occuper des gens qu'en situation d'urgence. Il n'y a pas de prévention primaire ni

programming, before these young people even become involved in the criminal system. I think that is perhaps what the other presenters have spoken to as well.

We need to look at families and communities, and families and communities in distress, and why young people act out in the way they do and why they exhibit behaviours the way they do. At some point, the only way we are going to achieve long-term improvement and benefits and, frankly, cost effectiveness in terms of monies that are spent on interventions is if we start looking at a primary prevention focus for things. My concern is that we will continue to throw money at something that is not all that effective or that does not have a long-lasting effect. On some level, we need to take a step back and, instead of looking at the symptom, look at the underlying actual problem and what it is related to.

Senator Keon: I was a heart surgeon in my other life, and I lived with the criticism throughout my career of blowing a lot of money on operating on people whose disease was preventable. I did everything I could to provide the very best resources and preventive programs in my institution; however, for the guy lying in front of me who had 12 hours to live but could get another 30 years by having a heart operation, the prevention program was not relevant. For the 19-year-old kid who has a criminal record, the prevention programs that you are going to institute are not relevant. That kid has had his life ruined. I think we cannot afford to wait for some of this stuff to catch up.

Dr. Wieman: To clarify, I was not suggesting that we move exclusively to primary prevention models. In the case of the 19-year-old you mentioned, I would not necessarily address his criminal behaviour exclusively; there must be underlying mental health reasons, among others, as to why he is behaving that way and making the choices he is making. That is what I was trying to address in my presentation. I deal with many people in my community who are involved with the legal system. It takes a lot of time to work with people and to get them to develop an insight into why they behave in certain ways.

That is partly the answer to your question. I am not simply suggesting that we have prevention models. However, the way that I deliver services in my community, I think, is actually very helpful for people, but it takes a long time for some people to bring about positive changes in their lives.

I have a hard time relating to some of my colleagues in the department of psychiatry, because I use about half of what I learned in my psychiatry residency. I am not saying that I am off the wall in terms of my treatment, but I have had to modify my approach and deliver services differently from how I was trained in some ways.

In terms of the 19 year old in your example, it would take intensive work to help that person and to support him in making changes in his life. I am saying that 27 counselling sessions is not the answer, nor is a six-week stint in a substance abuse treatment centre the answer. It might help, but it probably will not.

de programme de prévention précoce avant que ces jeunes aient des démêlés avec la justice pénale. Je pense que les autres témoins en ont aussi parlé.

Nous devons prendre en compte les familles et les collectivités, les familles et les collectivités en désarroi et les raisons de la conduite et du comportement des jeunes. À un moment donné, nous ne pourrions pas apporter des améliorations et des avantages à long terme et, franchement, nous ne pourrions pas rentabiliser les coûts des interventions à moins que nous commencions à mettre l'accent sur la prévention primaire. Je crains que nous ne continuions à dépenser de l'argent pour des choses qui ne sont pas du tout efficaces et qui n'ont pas d'effet à long terme. Nous devons, quelque part, prendre du recul et, au lieu d'examiner le symptôme, nous devons étudier le problème de fond et ce à quoi il est lié.

Le sénateur Keon: J'ai aussi été cardochirurgien et j'ai connu des critiques tout au cours de ma carrière; on reprochait de dépenser beaucoup d'argent pour opérer des gens atteints d'une maladie évitable. J'ai fait de mon mieux pour fournir les meilleures ressources et des programmes de prévention dans mon établissement; cependant, pour la personne allongée devant moi à qui il ne restait que 12 heures à vivre, mais qui pouvait avoir 30 ans de plus à vivre si on lui faisait une opération du cœur, le programme de prévention ne signifiait pas grand-chose. Un jeune de 19 ans qui a un casier judiciaire n'est pas concerné par les programmes de prévention. L'avenir de ce jeune est compromis. Je pense que nous ne pouvons pas nous permettre de laisser ce genre de choses s'empirer.

La Dre Wieman: Permettez-moi d'apporter une précision, je ne suggérerais pas de ne suivre que des modèles de prévention primaire. Dans le cas du jeune de 19 ans, je ne tiendrais pas nécessairement compte que de son comportement criminel; il doit y avoir des raisons de santé mentale sous-jacentes, entre autres, pour expliquer sa conduite et les choix qu'il a fait. C'est ce que j'essayais d'expliquer dans mon exposé. Dans ma collectivité, j'ai affaire à beaucoup de gens qui ont des démêlés avec la justice. Il faut beaucoup de temps avant que les gens ne prennent conscience de leurs actes.

Cela répond en partie à votre question. Je ne suggère pas simplement d'avoir des modèles de prévention. Cependant, je pense que la façon dont j'offre des services dans ma collectivité aide beaucoup les gens, mais il faut beaucoup de temps avant que les gens fassent des changements positifs dans leur vie.

J'ai eu du mal à me situer par rapport à certains de mes collègues du département de psychiatrie, car j'utilise environ la moitié des connaissances que j'ai acquises dans ma résidence en psychiatrie. Je ne dis pas que mon traitement va à l'encontre des normes, mais j'ai dû modifier mon approche et offrir des services d'une manière qui diffère, à certains égards, de la formation que j'ai reçue.

Pour ce qui est de l'exemple du jeune de 19 ans, il faudrait un traitement intensif pour l'aider à faire des changements dans sa vie. Je veux dire que 27 séances de counselling n'apporteront pas de solution, ni six semaines dans un centre de traitement pour les toxicomanies. Cela pourrait être utile, mais probablement pas.

Senator Cordy: I should like to get back to the issue of human resources. When we spoke a couple of week ago, or last week, to people from New Zealand on a teleconference, they spoke about how they have encouraged more Aboriginal peoples, Maoris, to get involved in the health care services.

I look at ways to do that. Certainly, you cannot do it without funding and you cannot do it without scholarships for students who are going to go on to medical school or into psychology. However, I believe there is more than that. You cannot just have the pot of money over here that no one will access. You have to have encouragement and support and leadership from native leaders, role models such as yourselves. How do you go about doing it?

If we are going have culturally appropriate services, particularly for mental illness and mental health, but also in all areas of the health care system, it certainly is helpful if native people are providing the service. There is a shortage of medical personnel in all of Canada, but particularly so, I think, in the Aboriginal community. Could you give us some suggestions as to recommendations that we could make, aside from funding issues?

Ms. Restoule: I have some fairly strong thoughts on it. As an Aboriginal person, choosing to go into a mental health profession, one of the things that I encountered in graduate school — and this sort of relates to something Senator Cook said earlier — has to do with having education that is culturally sensitive.

What I encountered in graduate school is that there was little acknowledgement or recognition about the special needs of First Nations peoples. When we were being trained with respect to counselling services, or on issues around children and family and youth and forensics, there was little talk about the unique needs of First Nations people. One of the things I had to do on a daily basis was ask my professors does such and such applies to First Nations people. Unfortunately, I have to tell you that they often told me they did not know. They left it to me to get my own training with respect to First Nations people.

I think an education of the unique needs of First Nations people is important — so that we are acknowledged, as Dr. Wieman said earlier, as being one of the founding fathers of this country, that we have a unique history and a contribution. I think that is part of it.

Without that, Aboriginal people do not feel that their needs and abilities are acknowledged, and they do not want to be part of a profession where that is not recognized. There are, at my last count, 30 Aboriginal psychologists in all of Canada. That is an extremely low number. One of the reasons has to do with recruitment, I think, in terms of how to encourage Aboriginal people to come into these professions.

There are associations such as the Native Psychiatric Association or the Native Physicians Association. There was at one time the Native Psychology Association. I know I am getting

Le sénateur Cordy: J'aimerais revenir à la question des ressources humaines. Quand nous avons eu, il y a deux semaines ou bien la semaine dernière, une téléconférence avec des Néo-Zélandais, ils nous ont dit comment ils avaient encouragé un plus grand nombre d'Autochtones, de Maoris, à utiliser les services de soins de santé.

Je cherche des façons de faire la même chose. Bien sûr, on ne peut y arriver sans financement et sans l'octroi de bourses à des étudiants en médecine ou en psychologie. Cependant, je crois que cela ne suffit pas. On ne peut simplement pas avoir de l'argent que personne ne peut recevoir. Il faut des encouragements et du soutien de la part des dirigeants autochtones et des personnes qui sont des modèles comme vous. Comment s'y prendre?

Si nous allons avoir des services culturellement adaptés, surtout pour la maladie mentale et la santé mentale, mais aussi pour tous les domaines du système de soins de santé, il serait certainement utile de les offrir aux Autochtones. Il y a une pénurie de personnel médical dans tout le Canada et je crois, plus particulièrement, dans les collectivités autochtones. Pouvez-vous nous donner quelques suggestions au sujet des recommandations que nous pourrions faire, mis à part les questions relatives au financement?

Mme Restoule: J'ai quelques idées bien arrêtées à ce sujet. En tant qu'Autochtone, qui a choisi une profession dans la santé mentale, j'ai appris, entre autres, au cours de mes études supérieures — cela rejoint un peu ce que disait le sénateur Cook — que l'éducation devrait être adaptée à la culture.

J'ai constaté à l'école des études supérieure que les besoins particuliers des membres des Premières nations étaient peu connus ou reconnus. Durant la formation en counselling ou l'étude des questions relatives aux enfants, à la famille, à la jeunesse et au contexte judiciaire, il était peu question des besoins uniques des membres des Premières nations. Je devais demander, chaque jour, si telle ou telle chose s'appliquait aux membres des Premières nations. Je regrette de vous annoncer que souvent ils ne savaient pas. J'ai dû faire ma propre formation en ce qui concerne les membres des Premières nations.

Je pense qu'il est important d'enseigner les besoins uniques des membres des Premières nations — afin que l'on reconnaisse, ainsi que l'a dit la Dre Wieman tout à l'heure, que nous faisons partie des pères fondateurs de ce pays, que nous avons une histoire et une contribution uniques. Je pense que cela fait partie du problème.

Sans cela, les Autochtones n'estiment pas que leurs besoins et leurs capacités sont reconnus et ils ne veulent pas avoir affaire à une profession qui ne reconnaît pas ces besoins et ces capacités. La dernière fois que je les ai comptés, il y avait 30 psychologues autochtones au Canada. C'est un chiffre extrêmement bas. Je pense que cela est, en partie, dû au fait que les Autochtones ne sont pas encouragés à rejoindre ces professions.

Il y a des associations telles que Native Psychiatric Association ou Native Physicians Association. Il y avait antérieurement la Native Psychology Association. Je sais que je reviens au

back to funding — but there is no funding for these associations to be a voice in communities and to encourage our young people to get into these professions.

We need to support associations that have an Aboriginal component where there are role models, so that they can be in the communities and recognizable to the young people, so that they perceive that this is something worthwhile to do.

I also think it is important for our communities to support our young people to go into higher education, to even go on to university. Some of our young people are so connected to our communities, have such a sense of belonging, that when they leave their communities there is a sense of loss. That is quite difficult. There needs to be a strong base within the community and within the family to support these young people to go off and leave their communities.

In my experience, my community had less than 200 people, and I chose to go to the University of Western Ontario for my undergraduate training. When I drove through the gates of the university with my parents, I told them I thought I had made a mistake, because the university was larger than my own community. I was afraid to be there. Had it not been for the strong support of my family at that time, who called me on a very regular basis, who came to visit me, who brought me home, it would have been more difficult.

By the time I got to graduate school, within many universities native student associations had sprung up, which made a big difference. A native student was able to identify with other individuals who were in similar situations, who were far from their home, far from their families, and oftentimes removed from those traditions and cultures that made it significant for you.

Those are some of the important things to keep in mind, in terms of getting some of our young people into these professions.

The Acting Chairman: The New Zealand people told us that they put an emphasis on getting more people through high school. That is one issue. As we know, the numbers are not very good for Aboriginal people graduating from high school. Without that — health professionals are important, but you need more engineers and other professions too.

Ms. Restoule: That is a good point. If I look at my own community, our community is fortunate. We are an hour away from our high school, and I am pleased to say that at least 85 per cent of our young people actually complete high school. The students travel one hour each way, but they do it, so there is something within the community that supports at least education as far as high school.

My concern, and something I have talked about in my community, is what we are doing to support them once they have to leave the community on a more long-term basis — but your point is a good one.

financement, mais ces associations n'ont bénéficié d'aucune aide financière pour être présentes dans les collectivités et pour encourager nos jeunes à entrer dans ces professions.

Il faut aider les associations, à composante autochtone pouvant servir de modèle, à s'introduire dans les collectivités afin que les jeunes les reconnaissent et aient le sentiment que c'est quelque chose qui vaut la peine d'être poursuivie.

Je pense aussi qu'il est important pour nos collectivités d'aider nos jeunes à suivre des études supérieures et même d'aller à l'université. Certains de nos jeunes sont tellement attachés à nos collectivités, ils ont un si grand sentiment d'appartenance, qu'ils se sentent perdus quand ils les quittent. C'est une situation assez difficile. Il faut une base solide dans la collectivité et dans la famille pour aider ces jeunes à quitter leurs collectivités.

En ce qui me concerne, moins de 200 personnes vivaient dans ma collectivité et j'ai choisi d'aller à l'Université Western Ontario pour ma formation élémentaire. Lorsque je suis arrivée en voiture avec mes parents aux portes de l'université, je leur ai dit que je croyais avoir fait une erreur, car l'université était plus étendue que ma collectivité. J'avais peur d'être là. Si ce n'était le fort soutien de ma famille, qui me téléphonait régulièrement, qui me rendait visite, qui m'amenait à la maison, cela aurait été encore plus difficile.

Quand je suis arrivée à l'école des études supérieures, un bon nombre d'associations d'étudiants autochtones avaient été fondées dans les universités, ce qui a fait une grande différence. Un étudiant autochtone pouvait s'identifier à d'autres personnes dans la même situation, c'est-à-dire loin de chez eux et de leur famille et souvent coupés de traditions et de cultures auxquelles ils attachent beaucoup d'importance.

Voilà quelques éléments importants à retenir si l'on veut donner à ces jeunes une chance de rejoindre ces professions.

Le président suppléant: Les Néo-Zélandais nous ont dit qu'ils s'employaient surtout à avoir plus de jeunes à l'école secondaire. C'est l'un des défis à relever. On sait que le nombre d'Autochtones qui obtiennent un diplôme d'études secondaires n'est pas élevé du tout. Les professionnels de la santé sont importants, mais vous avez aussi besoin d'un plus grand nombre d'ingénieurs et d'autres professionnels.

Mme Restoule: Votre observation est excellente. Je considère que nous avons beaucoup de chance dans ma collectivité. Nous sommes situés à une heure de notre école secondaire et je suis heureuse de vous dire qu'au moins 85 p. 100 de nos jeunes terminent leurs études secondaires. Les étudiants doivent voyager une heure aller et une heure retour, mais ils le font. Donc, la collectivité fait quelque chose qui encourage les jeunes à suivre des études, du moins les études secondaires.

Ce qui me préoccupe, et j'en ai parlé dans ma collectivité, c'est ce que nous faisons ou ne faisons pas pour les aider une fois qu'ils ont quitté la collectivité pour une période plus longue — mais votre observation est excellente.

Senator Cordy: Does each university have a native student association, and is it up to Aboriginal students who are attending universities to organize those associations? In a large university, that might work, but in smaller universities Aboriginal students may feel quite isolated. Is there a support system they could access over the Internet, or is family support what you would look at?

Dr. Wieman: Because I work in the Native Students Health Sciences Program at McMaster, I know a little about what you are asking. I think each institution ought to have its own program, but not every institution does. For example, there are 16 medical schools in Canada. Not all of the 16 medical schools have a native students program like the one at McMaster.

If you want to look at support for, in this case, medical students, the gold standard program exists at the University of Alberta in Edmonton, although I think the University of Manitoba would argue with me on that. They are the institutions that graduate the highest number of Aboriginal students — partly I think because they admit what I would say is a significant number, five to six individuals per year, into the program. As Ms. Restoule was saying, they can support each other at the same time, as well as get support from the program at the university and from family back home.

I imagine that is variable, depending on the institution. Some support programs are well funded, while other programs are not well funded at all. There is not much consistency across the country.

The only other point I would add to what Ms. Restoule said earlier is that, in terms of what Senator Morin said about encouraging completion of high school, it goes back earlier than that. At our community level, we need to encourage kids to stay in elementary school. I see kids dropping out at grade six in my community, with no hope for future gainful employment unless they re-enter school. Families need to be proud of their achievers. In our communities, we need to foster that sense of achievement and accomplishment. It is okay to be smart. It is okay to stay in school. It is okay to want to achieve something. It is okay to want to be a doctor. It is okay to study mathematics and the sciences. That is one area that First Nations need to work on.

One of the things that is talked about in the Vision 2000 strategy I brought you — which is just a recommended approach in Ontario as an example for you to learn by — is that even before we start talking about recruiting people into medical school, we need to ensure that they are prepared. That would include not only being academically prepared but also being emotionally prepared to make that step to spend significant amounts of time away from home.

Dr. Kirmayer: A program at the University College of Cape Breton under the direction of Cheryl Bartlett and others from Eskasoni Micmac Reserve is trying to bring elders together

Le sénateur Cordy: Y a-t-il une association d'étudiants autochtones dans chaque université et est-ce que la création de ces associations est la responsabilité des étudiants autochtones qui fréquentent les universités? Il serait possible de faire cela dans une grande université, mais dans une petite université, les étudiants autochtones risquent de sentir isolés. Existe-t-il un système de soutien auquel ils peuvent avoir accès via Internet ou est-ce le soutien de la famille qui est envisagé?

La Dre Wieman: Du fait que je participe au programme des sciences de la santé des étudiants autochtones à McMaster, je suis un peu au courant de la situation dont vous parlez. Je pense que chaque établissement devrait avoir son propre programme, ce qui n'est pas le cas. Par exemple, le Canada compte 16 écoles de médecine, mais elles n'ont pas toutes un programme à l'intention des étudiants autochtones comme celui de McMaster.

Le meilleur programme est celui de l'Université de l'Alberta à Edmonton, bien que l'Université du Manitoba risque de ne pas être d'accord avec moi. Ces établissements enregistrent le plus grand nombre de diplômés autochtones — parce qu'ils acceptent chaque année, cinq ou six étudiants, ce qui est, à mon avis, un nombre important. Comme le disait Mme Restoule, ils peuvent s'entraider et ils bénéficient aussi du programme de soutien et d'une aide de leur famille.

J'imagine que cette aide varie selon l'établissement. Certains programmes de soutien sont bien subventionnés alors que d'autres ne le sont pas du tout. Il y a un manque d'uniformité à travers le pays.

La seule autre chose que je voudrais ajouter à ce que Mme Restoule a dit tout à l'heure en réponse aux propos du sénateur Morin concernant les initiatives visant à encourager les jeunes à terminer leurs études secondaires, je pense qu'il faut commencer avant le secondaire. Il faut, dans nos collectivités, encourager les enfants à poursuivre leurs études élémentaires, des enfants abandonnent l'école élémentaire à la sixième année et perdent tout espoir d'entrer dans le marché du travail s'ils ne retournent pas aux études. Les familles doivent être fières des enfants qui réussissent. Nous devons, dans nos collectivités, favoriser le sentiment de la réussite et de l'accomplissement. Il faut que l'intelligence, les études, l'accomplissement, l'envie de devenir médecin et d'étudier les mathématiques et les sciences soient perçus comme des objectifs positifs. Les Premières nations doivent s'y employer.

La stratégie de la Vision 2000 que j'ai apportée, qui est seulement une approche recommandée dans l'Ontario et qui pourrait vous être utile, mentionne qu'il faut s'assurer que les étudiants sont bien préparés avant de les accepter dans une école de médecine, non seulement du point de vue des études, mais aussi qu'ils soient psychologiquement prêts à passer beaucoup de temps loin de chez eux.

Le Dr Kirmayer: Un programme de la University College of Cape Breton sous la direction de Cheryl Bartlett et de membres de la réserve Eskasoni Micmac tente de regrouper les anciens et les

with people teaching in the biological sciences. The idea is to heal the split that exists between conventional scientific education and traditional identity, traditional values, the idea that youth can learn both. That needs to happen, so that there is not an either/or in people's minds in terms of what options are available to them. Potentially, you can see that reaching back into high schools, in the activities they are developing, to meet some of the pedagogical needs that are being raised.

Senator Cordy: Thank you for speaking about the University College of Cape Breton. It is in my hometown, where I grew up. When I was an elementary school teacher in Nova Scotia, we had access to people from the university to teach teachers how to be culturally sensitive. They have been very active in this area for a long time.

Some of your comments relating to it being okay to be smart remind me of some of the difficulties with young teenage girls, who, having reached the age of 13 or 14, decide it is not okay to be smart. It is a whole social type of thing you have to work through.

Once an individual graduates from medical school and is working on fee-for-service basis, seeing, say, six to nine patients a day, he or she is not going to become wealthy. It is great to be compassionate and caring for your people, but you also have to exist financially. We have heard this from people working in the area of mental health overall, but looking specifically in the area of the Aboriginal community we should be using another model, it seems. Should we be looking at another model?

Dr. Wieman: Yes, we should look at another model in capital letters, and I will speak to that briefly. I am paid for direct patient contacts only and payment varies according to the amount of time spent with a patient and the type of service delivered. For example, I can bill a different amount for a consultation as opposed to a follow-up appointment. I am probably the lowest-paid psychiatrist in Ontario.

However, this model does not work, in my experience, because services for which you are not remunerated include discussing a patient with the nurses that provide me with support and backup at the clinic, conveying effective information to the family doctor and providing feedback with that family doctor. We are trying to encourage this continuous model of care between primary care physicians, the family doctors and specialists. Reviewing cases with family doctors takes a great deal of time.

I spend much of my time communicating with the pharmacist in my community in an effort to limit the overuse or the over-prescription of medications. I also receive some information from the pharmacist about patients. If I wrote a prescription six months ago that has not yet been filled, then I know that patient is not taking his or her medication.

We are not paid for telephone calls that we make or for faxes that we send. It is my opinion that delivering effective mental health services involves case conferencing with the family doctor, the psychiatrist, the psychologist, the community health representative, the counsellor in the community and the substance abuse counsellor. We all work in different programs,

enseignants des sciences biologiques afin d'éliminer l'écart qui existe entre l'enseignement scientifique conventionnel et l'identité traditionnelle, les valeurs traditionnelles en se fondant sur le principe étant que les jeunes peuvent apprendre les deux sujets. Cela est nécessaire afin que les gens n'aient pas à choisir entre les options qui leur sont proposées. On le constate, dès les écoles secondaires, dans les activités mises de l'avant pour répondre à certains besoins pédagogiques qui se présentent.

Le sénateur Cordy: Merci d'avoir mentionné la University College of Cape Breton. C'est ma ville natale et j'y ai grandi. Quand j'enseignais dans une école élémentaire de la Nouvelle-Écosse, des universitaires venaient apprendre aux enseignants à s'adapter à la culture. Ils ont joué un rôle très actif dans ce domaine pendant longtemps.

Quand vous avez dit que c'était une bonne chose que d'être intelligent, je me suis souvenu des difficultés que rencontrent des adolescentes, quand elles ont 13 ou 14 ans, et qui décident que ce n'est pas bien d'être intelligents. C'est un phénomène social sur lequel il faut se pencher.

Un diplômé d'une école de médecine qui est payé à l'acte et qui voit, disons entre six et neuf patients par jour, ne s'enrichira pas. C'est merveilleux de faire preuve de compassion et de prendre soin de vos concitoyens, mais il faut aussi s'en sortir financièrement. C'est le sentiment général que l'on retrouve chez les professionnels de la santé mentale, mais en ce qui a trait spécifiquement à la communauté autochtone, mais, il semble que pour la communauté autochtone, nous devons adopter un autre modèle. Devons-nous chercher un autre modèle?

La Dre Wieman: Oui, nous devons vraiment chercher un autre modèle et je vais en parler brièvement. Je ne suis payée que pour les contacts directs avec les patients et les paiements varient en fonction du temps passé avec eux et le type de services offerts. Par exemple, le montant facturé pour une consultation est différent de celui d'un rendez-vous de suivi. Je suis probablement la psychiatre la moins payée en Ontario.

Cependant, d'après ce que j'ai constaté, ce modèle ne fonctionne pas, car je ne suis pas payée pour le temps passé à parler d'un patient avec les infirmières qui m'assistent à la clinique et à transmettre les renseignements pertinents et les résultats au médecin de famille. Nous essayons de préserver ce modèle de soins entre les médecins de soins primaires, le médecin de famille et les spécialistes. L'examen des données sur les malades avec les médecins de famille demande énormément de temps.

Je consacre beaucoup de temps à parler au pharmacien de ma collectivité pour éviter la consommation abusive ou les ordonnances excessives de médicaments. Le pharmacien me communique aussi des renseignements sur les patients. Si une ordonnance que j'ai prescrite, il y a six mois, n'a pas été encore remplie, je sais que le patient n'a pas pris ses médicaments.

Nous ne sommes pas payés pour les appels téléphoniques que nous faisons ou les télécopies que nous envoyons. À mon avis, la fourniture de services de santé mentale efficaces incluent les conférences de cas avec le médecin de famille, le psychiatre, le psychologue, le représentant de la santé communautaire, le conseiller de la collectivité et le conseiller en matière d'abus

and there is no time for us to spend communicating about a person under our care to formulate an effective management plan. When that happens in my community, it is on my own time; I am not paid for that service related to my patient.

As I mentioned before, we are paid for face-to-face contact; there is a high rate of no shows. I am unlike a psychiatrist in downtown Toronto that would send an invoice for at least \$100 to a patient that missed an appointment. Most of my patients live on either general welfare assistance or on long-term disability payments. An invoice for \$100 amounts to one quarter to one third of their monthly income. The OMA's Physician Code of Ethics contains guidelines on when it would be unreasonable to charge someone for not showing up. In all good conscience, I could not charge patients for prescription renewals over the phone or for filling out forms, especially from insurance companies.

At one time, insurance companies paid for forms being filled out. However, most forms now contain a line that states that any fee for completion of this report is the responsibility of the patient. I cannot charge my patients \$80 to fill out a form for them. I do all that work for free on my own time.

That is a long-winded way to say that the fee-for-service model does not foster good mental health service in looking after a patient and does not foster a state of well-being or reward at providing work in the community. I think communities would have a hard time recruiting people to work if they did not offer an alternative approach to remuneration for services, such as being on salary.

The Acting Chairman: This is intensely provincial. Other provinces have solved that problem, as you are probably aware. In Quebec, the great majority of psychiatrists are no longer on fee for service; they have block funding or salary. I am not sure that we should pursue this. Rather, I think this should go to provincial officials. Many provinces have solved the problem; Ontario is the only province in which psychiatrists are on a fee for service system. Your efforts should be made provincially.

Senator Léger: Dr. Kirmayer, do we know how many Aboriginal specialists there are? Dr. Wieman, you said that you are the only one, or the first one. Dr. Restoule said that there are 30 Aboriginal psychologists. Do we have data? If 85 per cent of Aboriginal students are going to high school now, we are getting there. These results should be tracked.

Dr. Kirmayer: I do not know of any figures that project how many psychologists and psychiatrists will be of Aboriginal background. Maybe Dr. Wieman or Dr. Restoule are aware of such data.

d'alcool ou d'autres drogues. Nous travaillons tous dans des programmes différents, et nous n'avons pas le temps de discuter d'un patient que nous traitons pour élaborer un plan de gestion efficace. Quand cela se produit dans ma collectivité, j'utilise mon temps libre; je ne suis pas payée pour ce service qui concerne mon patient.

Comme je l'ai déjà dit, nous sommes payés pour le contact direct; le taux de rendez-vous manqués est élevé. Je ne me conduis pas comme un psychiatre du centre-ville de Toronto qui envoie une facture d'au moins 100 \$ à un patient qui a manqué un rendez-vous. La plupart de mes patients vivent soit de l'assistance générale en bien-être social soit de paiement de prestations d'invalidité à longue durée. Une facture de 100 \$ équivaut à un quart ou à un tiers de leurs revenus mensuels. Les lignes directrices du code de déontologie des médecins de l'OMA définissent les situations dans lesquelles il n'est pas raisonnable de facturer un patient qui manque un rendez-vous. En toute bonne conscience, je ne pourrais pas facturer, à mes patients, les renouvellements d'ordonnance faits au téléphone ou le remplissage de formulaires, surtout pour les compagnies d'assurance.

À l'époque, les compagnies d'assurance versaient un paiement pour les formulaires remplies. Cependant, la plupart des formulaires contiennent une ligne qui énonce que tout paiement fait pour remplir le présent rapport est la responsabilité du patient. Je ne peux pas demander 80 \$ à mes patients pour remplir leur formulaire. Je fais tout ce travail gratuitement dans mon temps libre.

Tout cela pour dire que le modèle de paiement à l'acte ne favorise pas un bon service de santé mentale ni le sentiment que l'on est récompensé pour les services que l'on offre à la collectivité. Je pense que les collectivités auraient des difficultés à recruter des médecins si elles n'offraient pas une façon différente de rémunération pour les services, comme un salaire.

Le président suppléant: Cela est du ressort de la province. D'autres provinces ont résolu ce problème, comme vous le savez peut-être. Au Québec, la grande majorité des psychiatres ne sont plus payés à l'acte; ils reçoivent une somme ou un salaire global. Je ne crois pas que nous devons nous attarder sur ce sujet. Je pense que nous devrions plutôt passer aux fonctionnaires provinciaux. De nombreuses provinces ont résolu le problème; l'Ontario est la seule province dans laquelle les psychiatres sont payés à l'acte. Vos efforts devraient être faits au niveau provincial.

Le sénateur Léger: Docteur Kirmayer, connaissons-nous le nombre de spécialistes autochtones? Docteure Wieman, vous avez dit être la seule ou la première. La Dre Restoule dit qu'il y a 30 autres psychologues autochtones. Avons-nous des chiffres? Si 85 p. 100 des étudiants autochtones fréquentent, aujourd'hui, l'école secondaire, cela signifie que nous sommes sur la bonne voie. Ces résultats devraient être suivis.

Le Dr Kirmayer: Je ne connais pas le nombre prévu de psychologues et psychiatres d'origine autochtones. Peut-être que la Dre Wieman ou la Dre Restoule le connaissent.

Senator Léger: I did not mean projected figures, but rather figures for today.

Dr. Kirmayer: Today's numbers were quoted and are quite low. There are associations that try to track such figures. As Dr. Wieman said, there are three, soon to be four, Aboriginal psychiatrists. There is little training within conventional psychiatry for the non-Aboriginal psychiatrist to be attuned and competent to begin to address issues should they choose to work with people from Aboriginal or any other background.

Senator Léger: If they had that information, it would augment the efforts immensely. Dr. Wieman and Dr. Restoule, do you think that eventually you would develop your own schools? Is that inevitable? Dr. Kirmayer said that our way of thinking and educating is individual, while the Aboriginal way is holistic and interdependent to the land, the people, the environment and the community. We have to count on the Aboriginals to bring that to us. Perhaps the traditional schools, bit by bit, would hear this. Am I correct in my assumption? I think it will go high rapidly.

Dr. Kirmayer: That is a wonderfully optimistic view. Obviously, many people look at Aboriginal peoples and, despite their predicaments, have a romantic view of how they may hold the key to solving our larger ecological, social and economic problems. I am not certain if that is true, but Dr. Wieman's experiences in trying to raise consciousness within one particular school have brought home how difficult it is to achieve a change in consciousness. Within the area of research, there has been some progress with a separate institute for Aboriginal people's health, headed by Aboriginal scholars, and with an explicit focus on capacity building across the country. Programs expressly designed to build capacity for research within Aboriginal communities and to support Aboriginal students may hold the keys to a bit of a boom in the availability of researchers. Parallel developments have to happen in the area of care providers and people going into health services, in particular.

The Acting Chairman: I wish thank our witnesses for taking the time to attend before the committee today.

The committee adjourned.

Le sénateur Léger: Je ne faisais pas allusion aux prévisions, mais le nombre que l'on a aujourd'hui.

Le Dr Kirmayer: Le nombre actuel a été donné et il est très bas. Des associations se chargent de faire ce décompte. Comme l'a dit la Dre Wieman, il y a trois psychiatres autochtones et il y aura bientôt un quatrième. En psychiatrie conventionnelle, la formation dispensée aux psychiatres non autochtones est trop peu importante pour leur permettre de régler les problèmes, s'ils choisissaient de travailler avec des Autochtones ou des personnes de tout autre horizon ethnique.

Le sénateur Léger: S'ils avaient cette formation, les services en bénéficieraient considérablement. Docteur Wieman et docteur Restoule, pensez-vous à éventuellement fonder vos propres écoles? Est-ce inévitable? Le Dr Kirmayer a dit que nos modes de réflexion et d'enseignement sont individuels alors que ceux des Autochtones sont holistiques et interdépendants avec la terre, les gens, l'environnement et la collectivité. Nous devons compter sur les Autochtones pour nous les initier. Peut-être que, peu à peu, les écoles traditionnelles le réaliseront. Est-ce que je me trompe? Je pense que cela pourrait se faire très rapidement.

Le Dr Kirmayer: C'est un point de vue remarquablement optimiste. Évidemment, beaucoup de gens s'intéressent aux Autochtones et, en dépit de leur situation difficile, ont cette notion romantique qu'ils détiennent peut-être les solutions à nos plus importants problèmes environnementaux, sociaux et économiques. Je ne suis pas sûr que cela soit vrai, mais les efforts entrepris par la Dre Wieman pour faire évoluer les mentalités dans une école particulière prouvent combien il est difficile de changer les mentalités. Des progrès ont été accomplis dans la recherche avec la création d'un institut de la santé autochtone dirigé par des universitaires autochtones et qui a pour but explicite le renforcement des capacités à travers le pays. Des programmes spécialement conçus pour renforcer les capacités au niveau de la recherche au sein des collectivités autochtones et pour aider les étudiants autochtones peuvent entraîner une augmentation du nombre de chercheurs. Il faut des développements parallèles dans le domaine des fournisseurs de soins de santé et celui de la formation des professionnels de la santé, en particulier.

Le président suppléant: Je remercie nos témoins d'avoir pris le temps de comparaître devant le comité aujourd'hui.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, May 12, 2004:

From the Schizophrenia Society of Canada:

John Gray, President-Elect.

From the Canadian Mental Health Association:

Penny Marrett, Chief Executive Officer.

From the Mood Disorder Society of Canada:

Phil Upshall, President.

From the Anxiety Disorders Association of Canada:

Peter McLean, Vice President.

Thursday, May 13, 2004:

From the Six Nations Mental Health Services:

Dr. Cornelia Wieman, Psychiatrist.

From McGill University:

Dr. Laurence Kirmayer, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry (by videoconference).

From the Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, Psychologist and Ontario Board Representative.

TÉMOINS

Le mercredi 12 mai 2004:

De la Société canadienne de schizophrénie:

John Gray, président élu.

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Penny Marrett, chef de la direction.

De la Société pour les troubles de l'humeur du Canada:

Phil Upshall, président.

De l'Association canadienne des troubles anxieux:

Peter McLean, vice-président.

Le jeudi 13 mai 2004:

Des Six Nations Mental Health Services:

La Dre Cornelia Wieman, psychiatre.

De l'Université McGill:

Le Dr Laurence Kirmayer, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie (p vidéoconférence).

De la Native Mental Health Association of Canada:

Brenda M. Restoule, psychologue et représentante du conseil l'Ontario.





Third Session
Thirty-seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

Standing Senate Committee on

**Social Affairs,
Science
and Technology**

Chairman:
The Honourable MICHAEL KIRBY

INDEX

OF PROCEEDINGS

(Issues Nos. 1 to 9 inclusive)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

Comité sénatorial permanent des

**Affaires sociales,
des sciences et
de la technologie**

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

INDEX

DES DÉLIBÉRATIONS

(Fascicules n^{os} 1 à 9 inclusivement)

Prepared by

Ariane Bissonnette

Information and Documentation Resource Service

LIBRARY OF PARLIAMENT

Compilé par

Ariane Bissonnette

Service de ressources d'information et de documentation

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

SENATE OF CANADA

Social Affairs, Science and Technology,
Standing Senate Committee
3rd Session, 37th Parliament, 2004

INDEX

(Issues 1-9 inclusive)

Numbers in bold refer to the issue number.

COMMITTEE

Social Affairs, Science and Technology, Standing Senate Committee

Motions and agreements

Bill C-6, dispensation with clause-by-clause consideration, reporting without amendments, adoption of amended observations, **3**:4,66,70,73

Bill C-8, clause-by-clause consideration, adoption with amendments, reporting as amended, **4**:5,30-6

Bill C-24, dispensation with clause-by-clause consideration, reporting to Senate without amendment but with observations, 7:3-4,46

Bill S-17, dispensation with clause-by-clause consideration, reporting without amendment, **8**:3,9

Budget, adoption and submission, 1:9-10

Organization meeting, 1:4-7,13-7

Senator Morin to be Acting Chair, 1:9,92; **4**:4,7; **9**:4,39-40

Orders of reference

Bill C-6, **1**:3

Bill C-8, **4**:3

Bill C-24, **5**:3

Bill S-17, **6**:3

Mental health and mental illness, **5**:3

Procedure, 1:91-2; **3**:65-73; **5**:8-9,83-4

Questions of privilege and points of order

Dr. Green, testimony, Senator Morin, **2**:6

In camera discussion, Senator Roche, 1:92

Reports to Senate

Bill C-6, without amendment but with certain observations, **3**:5-13

Bill C-8, with amendments, **4**:6

Bill C-24, without amendment but with certain observations, 7:6-8

Bill S-17, without amendment, **8**:6

Expenses incurred during the Second Session of the Thirty-seventh Parliament, 1:11-2

SENATORS

Callbeck, Hon. Catherine

Bill C-6, 1:30-1,46,89; **2**:23,57

Bill C-8, **4**:14-5,28

Bill C-24, **6**:68-70

Bill S-17, **6**:78; **8**:7-8

Mental health and mental illness, 6:49-50; 7:33-4,67-8; **8**:39-40; **9**:19-20,38-9

Chaput, Hon. Maria

Bill C-6, **3**:19,56

Cook, Hon. Joan

Bill C-6, 1:36-8; **2**:103-4

Bill C-24, **6**:62-3,70; 7:45-6

Committee, procedure, **5**:84

Mental health and mental illness, 5:29-30,55-7,104-5; 6:26-9,32; 7:75-7; **8**:29-33,53,64,86-8; **9**:20-1,32-7,57-62

SÉNAT DU CANADA

Affaires sociales, sciences et technologie,
Comité sénatorial permanent
3^e session, 37^e législature, 2004

INDEX

(Fascicules 1-9 inclusivement)

Les numéros en caractères gras indiquent les fascicules.

COMITÉ

Affaires sociales, sciences et technologie, Comité sénatorial permanent

Motions et conventions

Budget, adoption et soumission, 1:9-10

Projet de loi C-6, dispense de l'examen article par article, soumission sans modification, adoption des observations modifiées, **3**:4,66,70,73

Projet de loi C-8, étude article par article, adoption tel que modifié, présentation tel que modifié, **4**:5,30-6

Projet de loi C-24, dispense de l'examen article par article, renvoi au Sénat sans amendement, mais avec des observations, 7:3-4,46

Projet de loi S-17, exemption de l'étude article par article, rapport sans amendement, **8**:3,9

Réunion d'organisation, 1:4-7,13-7

Sénateur Morin sera le président suppléant, 1:9,92; **4**:4,7; **9**:4,39-40

Ordres de renvoi

Projet de loi C-6, **1**:3

Projet de loi C-8, **4**:3

Projet de loi C-24, **5**:3

Projet de loi S-17, **6**:3

Santé mentale et maladie mentale, **5**:3

Procédure, 1:91-2; **3**:65-73; **5**:8-9,83-4

Questions de privilège et appels au règlement

Discussion à huis clos, Sénateur Roche, 1:92

Dr. Green, témoignage, Sénateur Morin, **2**:6

Rapports au Sénat

Dépenses faites au cours de la deuxième session de la trente-septième législature, 1:11-2

Projet de loi C-6, sans amendement mais avec certaines observations, **3**:5-13

Projet de loi C-8, avec amendements, **4**:6

Projet de loi C-24, sans amendement mais avec certaines observations, 7:6-8

Projet de loi S-17, sans amendement, **8**:6

SÉNATEURS

Callbeck, honorable Catherine

Projet de loi C-6, 1:30-1,46,89; **2**:23,57

Projet de loi C-8, **4**:14-5,28

Projet de loi C-24, **6**:68-70

Projet de loi S-17, **6**:78; **8**:7-8

Santé mentale et maladie mentale, 6:49-50; 7:33-4,67-8; **8**:39-40; **9**:19-20,38-9

Chaput, honorable Maria

Projet de loi C-6, **3**:19,56

Cook, honorable Joan

Comité, procédure, **5**:84

Projet de loi C-6, 1:36-8; **2**:103-4

Projet de loi C-24, **6**:62-3,70; 7:45-6

Santé mentale et maladie mentale, 5:29-30,55-7,104-5; 6:26-9,32; 7:75-7; **8**:29-33,53,64,86-8; **9**:20-1,32-7,57-62

Cordy, Hon. Jane Marie

Bill C-6, 2:20-1,48-9,124; 3:25,46,62,69-70
 Bill C-8, 4:21
 Bill C-24, 5:69
 Mental health and mental illness, 5:26-7,52-4; 8:36-8,54-5,61-3,78-80;
 9:22-5,66-9
 Organization meeting, 1:13,16
 Senator Morin to be Acting Chair, 4:7; 9:40

Fairbairn, Hon. Joyce

Bill C-6, 1:27-9; 2:108-9
 Bill C-8, 4:11-4,24,28-9
 Bill C-24, 5:82-3; 6:68; 7:45
 Bill S-17, 6:79; 7:82; 8:9
 Committee, procedure, 1:91-2; 5:83-4
 In camera discussion, 1:92
 Mental health and mental illness, 5:24-5,47-9,112-3; 6:51-3;
 7:38-41,63,69-72; 8:34-6,81-2

Forrestall, Hon. Michael

Mental health and mental illness, 7:68-9

Johnson, Hon. Janis G.

Bill C-6, 1:119

Keon, Hon. Wilbert Joseph

Bill C-6, 1:38-40,59-61,87-9,113-4; 2:21,44-6,78-9,104
 Bill C-8, 4:15,29-30
 Bill C-24, 5:65-7; 6:62
 Bill S-17, 6:75-6
 Mental health and mental illness, 5:31-3,50-1,101,109; 6:53-5; 8:76;
 9:37,62-5
 Organization meeting, 1:13-7

Kinsella, Hon. Noël A.

Bill C-6, 2:104-6
 Bill S-17, 8:7-9
 Mental health and mental illness, 8:46-8

Kirby, Hon. Michael J.L., Chairman of the Committee

Bill C-6, 1:18,27-34,39,42-4,47-8,54-5,58,62,65-6,77-80,84-7,90;
 2:16,29,38,51-4,59,73-5,80,88,91,107-8,111; 3:20,25-6,37-40,43,
 46-50,53-4,57-8,62-73
 Bill C-24, 5:58-61,66,70-1,75-8,81-2; 7:43-6
 Bill S-17, 8:7-9
 Committee, procedure, 1:91; 5:8-9,83-4
 In camera discussion, 1:92
 Mental health and mental illness, 5:21-2,28,33,41-3,84-5,90,95-8,101,
 105-6,109-13; 6:7-8,11-4,19-21,24-6,32-7; 7:9-10,14,26-9,34-5,43;
 8:24-7,31,40-8,51-2,56-60,63-5
 Organization meeting, 1:13-7

LaPierre, Hon. Laurier

Bill C-8, 4:22-4,31-5

LeBreton, Hon. Marjory, Deputy Chairman of the Committee

Bill C-6, 1:23-4,78-82; 2:26-7,50-2,55,79-80,91-3; 3:18,22,
 40-3,58,63,66,69,72
 Bill C-24, 5:67-9,78,83; 6:57,61,65-8,71; 7:45-6
 Bill S-17, 6:76-81; 7:82-6; 8:9
 Mental health and mental illness, 5:23-4,39,42-4,98-100; 6:14-9,37,47,
 53-5; 7:29-35,58,63,67-8,74-7; 8:65,70,75-6; 9:17-9,21,26-9,32
 Organization meeting, 1:14-7
 Senator Morin to be Acting Chair, 1:92

Léger, Hon. Viola

Bill C-6, 1:89-90; 2:47-8,93-5,110
 Bill C-8, 4:16-7
 Mental health and mental illness, 7:42-3,74; 8:83-6; 9:28-9,32,70-1
 Organization meeting, 1:15

Lynch-Staunton, Hon. John

Bill C-24, 5:61-4,70-1,78,81-3; 7:44-5

Cordy, honorable Jane Marie

Projet de loi C-6, 2:20-1,48-9,124; 3:25,46,62,69-70
 Projet de loi C-8, 4:21
 Projet de loi C-24, 5:69
 Réunion d'organisation, 1:13,16
 Santé mentale et maladie mentale, 5:26-7,52-4; 8:36-8,54-5,61-3,78-80;
 9:22-5,66-9
 Sénateur Morin sera président suppléant, 4:7; 9:40

Fairbairn, honorable Joyce

Comité, procédure, 1:91-2; 5:83-4
 Discussion à huis clos, 1:92
 Projet de loi C-6, 1:27-9; 2:108-9
 Projet de loi C-8, 4:11-4,24,28-9
 Projet de loi C-24, 5:82-3; 6:68; 7:45
 Projet de loi S-17, 6:79; 7:82; 8:9
 Santé mentale et maladie mentale, 5:24-5,47-9,112-3; 6:51-3;
 7:38-41,63,69-72; 8:34-6,81-2

Forrestall, honorable Michael

Santé mentale et maladie mentale, 7:68-9

Johnson, honorable Janis G.

Projet de loi C-6, 1:119

Keon, honorable Wilbert Joseph

Projet de loi C-6, 1:38-40,59-61,87-9,113-4; 2:21,44-6,78-9,104
 Projet de loi C-8, 4:15,29-30
 Projet de loi C-24, 5:65-7; 6:62
 Projet de loi S-17, 6:75-6
 Réunion d'organisation, 1:13-7
 Santé mentale et maladie mentale, 5:31-3,50-1,101,109; 6:53-5; 8:76;
 9:37,62-5

Kinsella, honorable Noël A.

Projet de loi C-6, 2:104-6
 Projet de loi S-17, 8:7-9
 Santé mentale et maladie mentale, 8:46-8

Kirby, honorable Michael J.L., président du Comité

Comité, procédure, 1:91; 5:8-9,83-4
 Discussion à huis clos, 1:92
 Projet de loi C-6, 1:18,27-34,39,42-4,47-8,54-5,58,62,65-6,77-80,84-7,
 90; 2:16,29,38,51-4,59,73-5,80,88,91,107-8,111; 3:20,25-6,37-40,43,
 46-50,53-4,57-8,62-73
 Projet de loi C-24, 5:58-61,66,70-1,75-8,81-2; 7:43-6
 Projet de loi S-17, 8:7-9
 Réunion d'organisation, 1:13-7
 Santé mentale et maladie mentale, 5:21-2,28,33,41-3,84-5,90,
 95-8,101,105-6,109-13; 6:7-8,11-4,19-21,24-6,32-7; 7:9-10,14,26-9,
 34-5,43; 8:24-7,31,40-8,51-2,56-60,63-5

LaPierre, honorable Laurier

Projet de loi C-8, 4:22-4,31-5

LeBreton, honorable Marjory, vice-présidente du Comité

Projet de loi C-6, 1:23-4,78-82; 2:26-7,50-2,55,79-80,91-3; 3:18,22,
 40-3,58,63,66,69,72
 Projet de loi C-24, 5:67-9,78,83; 6:57,61,65-8,71; 7:45-6
 Projet de loi S-17, 6:76-81; 7:82-6; 8:9
 Réunion d'organisation, 1:14-7
 Santé mentale et maladie mentale, 5:23-4,39,42-4,98-100;
 6:14-9,37,47,53-5; 7:29-35,58,63,67-8,74-7; 8:65,70,75-6;
 9:17-9,21,26-9,32
 Sénateur Morin sera président suppléant, 1:92

Léger, honorable Viola

Projet de loi C-6, 1:89-90; 2:47-8,93-5,110
 Projet de loi C-8, 4:16-7
 Réunion d'organisation, 1:15
 Santé mentale et maladie mentale, 7:42-3,74; 8:83-6; 9:28-9,32,70-1

Lynch-Staunton, honorable John

Projet de loi C-24, 5:61-4,70-1,78,81-3; 7:44-5

Milne, Hon. Lorna Ann

Bill C-6, 1:45-6

Morin, Hon. Yves, Acting Chairman (Issues 1, 4, 9)

Bill C-6, 1:35,46,56-7,78-84,88-9,92-3,109,111,117; 2:53-5,75-8,123-4;
3:18,26,43,55,70-3
Bill C-8, 4:16,20,28-36
Bill C-24, 6:63-7
Bill S-17, 6:73-4; 7:84; 8:9
Dr. Green, testimony, 2:6
Mental health and mental illness, 5:33-4,54-5,102-3; 6:21-4,43,47-8;
7:36,41,63-7; 8:27-8,40,48-50,58,70-6; 9:42,49-50,57,61,64,67,70
Organization meeting, 1:13-6

Pearson, Hon. Landon Carter (Lucy)

Bill C-6, 1:111-2; 3:20-2,43-4,58-60,72

Pépin, Hon. Lucie

Bill C-6, 2:27,111; 3:19,46,61-4,68-70,73
Mental health and mental illness, 5:45-7

Plamondon, Hon. Madeleine

Bill C-6, 1:34-6,117-8; 2:58-9,109-10

Robertson, Hon. Brenda Mary

Bill C-6, 1:31-2,44-7,80

Roche, Hon. Douglas

Bill C-6, 1:24-7,42-4,62-6,84-7,92,106-9; 2:101-2,125; 3:22-4,57-8,
66-7,71-2
Bill C-8, 4:17-20
Committee, procedure, 5:8
In camera discussion, 1:92

Spivak, Hon. Mira

Bill C-6, 1:109-11

Trenholme Counsell, Hon. Marilyn

Bill C-6, 1:40-2,47,65,115-7; 2:24,56-7,107-8
Bill C-24, 5:67
Mental health and mental illness, 5:107-9,112

SUBJECTS

Assisted human reproduction and related research

Access, 1:65-8
Assisted Human Reproduction Agency of Canada, 1:19,23-4; 2:118;
3:11,19-20,30,42,48-50,53-8,62
Canadian Institutes of Health Research, guidelines, 1:49,63-5
Canadians, consultation, 2:106-7
Children, adoption, 2:27-9,88-90
Clinics
Data, 2:75-6
Regulation, 1:89; 2:76
Cloning, therapeutic, 1:50-3,64,68-9,84,105-9,111; 2:113,119; 3:7,
30-1,52-3
Commercialization, 1:32-3; 2:56,77,109-10,118; 3:10,47-8,52
Compensation, 1:32-4; 2:60-2,77-8,83-5,89,118; 3:9-10
Donors, 1:67-8,74-6,80-3; 2:30-2,73-4,85,93-5,109
Surrogacy, 1:38-40,76; 2:10-4,17-26,75; 3:10
Counselling and counsellors, 2:40-1,66-8,79-80,90,117; 3:25,63-4
Diseases
Alzheimer's disease, 3:34-5
Amyotrophic lateral sclerosis (ALS), 3:38-40
Parkinson's disease, 3:37
Donors
Identification, 2:33-53,65; 3:9,16-9
Position, 3:43-5
Recruitment and screening, 2:30,35,53-8; 3:21-2

Milne, honorable Lorna Ann

Projet de loi C-6, 1:45-6

Morin, honorable Yves, président suppléant (fascicules 1, 4, 9)

Dr. Green, témoignage, 2:6
Projet de loi C-6, 1:35,46,56-7,78-84,88-9,92-3,109,111,117; 2:53-5,
75-8,123-4; 3:18,26,43,55,70-3
Projet de loi C-8, 4:16,20,28-36
Projet de loi C-24, 6:63-7
Projet de loi S-17, 6:73-4; 7:84; 8:9
Réunion d'organisation, 1:13-6
Santé mentale et maladie mentale, 5:33-4,54-5,102-3; 6:21-4,43,47-8;
7:36,41,63-7; 8:27-8,40,48-50,58,70-6; 9:42,49-50,57,61,64,67,70

Pearson, honorable Landon Carter (Lucy)

Projet de loi C-6, 1:111-2; 3:20-2,43-4,58-60,72

Pépin, honorable Lucie

Projet de loi C-6, 2:27,111; 3:19,46,61-4,68-70,73
Santé mentale et maladie mentale, 5:45-7

Plamondon, honorable Madeleine

Projet de loi C-6, 1:34-6,117-8; 2:58-9,109-10

Robertson, honorable Brenda Mary

Projet de loi C-6, 1:31-2,44-7,80

Roche, honorable Douglas

Comité, procédure, 5:8
Discussion à huis clos, 1:92
Projet de loi C-6, 1:24-7,42-4,62-6,84-7,92,106-9; 2:101-2,125;
3:22-4,57-8,66-7,71-2
Projet de loi C-8, 4:17-20

Spivak, honorable Mira

Projet de loi C-6, 1:109-11

Trenholme Counsell, honorable Marilyn

Projet de loi C-6, 1:40-2,47,65,115-7; 2:24,56-7,107-8
Projet de loi C-24, 5:67
Santé mentale et maladie mentale, 5:107-9,112

SUJETS

Bibliothèque nationale et Archives nationales

Intégration, 4:7-11,22-4
Bibliothèques fédérales, 4:21
Droit d'auteur, 4:11-2,24-5,31
Employés, réaction, 4:16
Financement, 4:16-7,27
Information, accès, 4:12-4,22-3
Installations, 4:23-4,27-9
Internet, Web, 4:17-21,29-30
Législation, objectifs, 4:25-6
Nouvel administrateur, nomination, 4:15
Réseautage et partage des ressources, 4:14-5

Citoyenneté canadienne, recouvrement

Apatrié, 6:72
Benner c. Canada, 6:76-7
Double citoyenneté, 6:74-5
États-Unis, citoyenneté, 6:80-1
Femmes et enfants, droits, 6:72-3,79-80
Législation
Application, 6:71-2,75-9; 8:7-9
Implications, 6:72-4,78-9
Politique officielle, 2003, 6:78
Programme, intégrité, 6:73-4
Public, perception, 6:73
Témoignages, 7:77-86

Assisted human reproduction and related research – *Cont'd*

Effects
 Children and families, 3:61-2
 Newborns, 3:51-2
 Embryos
 Production, 1:114-5
 Research, 1:24-6,41-5,98,102-3,106-8,115-20; 2:101-3,112-8,124-5;
 3:8,28-33,36-40,67-9
 Status, 1:83; 2:110-1
 Equivalency agreements, 1:24,27-30,46-8
 Fertility treatments, costs, 1:81-2
 In vitro fertilization, consent, 1:111-3
 Infertility, causes, 1:90; 2:65
 Information and support, 2:91-3
 Legislation
 Amending or killing the bill, dilemma, 1:54-64,77-8,85-6,113-4;
 2:103-5; 3:40,53-4,66-7
 Committee, observations, 3:6-13,70-3
 Consensus, 1:43-4
 Goals, 1:19-21
 Implications, 1:61-2,74,86; 2:83-4
 Importance, 1:19-20,99; 2:37-9,112-6; 3:47
 Origins, 1:21-2
 Other countries, 1:21
 Provinces and territories, 1:22,31
 Review, 1:22; 2:108-9; 3:11-2,30,69
 Splitting the bill, 1:24-6,34-6; 2:83,105-6; 3:6-7
 Strengths and weaknesses, 1:72-3
 Oocyte, 1:111
 Patient advocacy groups, role, 3:41-3
 Penalties, 2:112
 Personal Information Protection and Electronic Documents Act
 (PIPEDA), implementation, 3:25-6
 Position, concerns, recommendations, 1:32,52-4,85-9,103; 2:32-3,62-3,
 107-8,116-26; 3:50
 ALS Society of Canada, 3:38-40
 Alzheimer Society of Canada, 3:34-6
 Canadian Conference of Catholic Bishops (CCCCB), 2:95-8,104
 Canadian Fertility and Andrology Society (CFAS), 1:66-9
 Canadian Institutes of Health Research (CIHR), 1:48-50
 Canadian Islamic Congress, 2:98-100
 Canadian Jewish Congress, 2:100-1
 Canadian Medical Association (CMA), 1:69-72,87
 Canadian Women's Health Network, 3:47-9
 Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2:63-6
 Infertility Awareness Association of Canada (IAAC), 1:74-7
 Infertility Network, 2:69-73
 Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF), 3:29-31
 Multiple Sclerosis Society of Canada, 3:27-9
 Muscular Dystrophy Canada, 3:31-4
 Parkinson Society Canada, 3:37-8
 Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1:72-4
 Privacy and access to information, 1:45-6,68,76-7; 2:12,62,74-5,84,90-1;
 3:15-25,48,56,62-3,68
 Prohibited activities, 1:40-1,54,96-7,100-2; 2:114; 3:9
 Prohibitions, criminal, 1:50-2,69-72,79-80,83,87; 3:6-7
 Regulations, 1:22,26-7,30-1,36-8,42-3,86-7; 2:78-9,87-9;
 3:12,16-7,20,52,68-71
 Research
 Children born from assisted human reproduction, 3:58-60
 Other countries, 3:44-6
 Sperm and eggs, supply, 1:32,74-9,82,118
 Sperm banks, inspections, 2:58-9
 Stems cells, 1:48-9,63-4,93-9,102-5,109-10
 Surrogacy, 2:6-9,12-5,19-20,23-9,56-7,65,109-11; 3:10-1
 Mother, term, interpretation, 2:15-9,29
 Surveillance and monitoring, 2:117-8; 3:16
 Testimonials, 2:81-8
 Transgenics, 1:101
 Zygote, definition, 1:96

Bill C-6 – Assisted Human Reproduction Act
 Discussion, 1:18-120

Parlementaires, régime d'avantages sociaux

Aperçu général, 5:57-8
 Cas particuliers, traitement, 5:58-70; 6:61,68; 7:7
 Fonction publique fédérale, 5:81-2
 Secteur privé, 5:71,75-8
 Cognos, régime d'avantages sociaux, 5:71-5
 Couverture, 6:62-5
 Fonction publique, 5:70-1,78-81; 6:68; 7:6-7
 Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), 5:80-3
 Législation
 Comité, observations, 7:44-6
 Consultation, 5:62-4; 7:7
 Urgence, 5:65-6
 Parlement, coûts, 6:65-7
 Position
 Alliance de la Fonction publique du Canada (AFPC), 5:78-82
 Fédération canadienne des contribuables, 6:57-60,70-1
 Public, attentes, perception, 6:68-70; 7:7
 Secteur public et secteur privé, 6:56-7,61
 Soins de santé, régime, 6:67

Procréation assistée et recherche connexe

Accès, 1:65-8
 Accords d'équivalence, 1:24,27-30,46-8
 Actes interdits, 1:40-1,54,96-7,100-2; 2:114; 3:9
 Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée, 1:19,23-4;
 2:118; 3:11,19-20,30,42,48-50,53-8,62
 Banques de spermes, inspections, 2:58-9
 Canadiens, consultation, 2:106-7
 Cellules souches, 1:48-9,63-4,93-9,102-5,109-10
 Cliniques
 Données, 2:75-6
 Réglementation, 1:89; 2:76
 Clonage thérapeutique, 1:50-3,64,68-9,84,105-9,111; 2:113,119; 3:7,
 30-1,52-3
 Commercialisation, 1:32-3; 2:56,77,109-10,118; 3:10,47-8,52
 Compensation, 1:32-4; 2:60-2,77-8,83-5,89,118; 3:9-10
 Donneurs, 1:67-8,74-6,80-3; 2:30-2,73-4,85,93-5,109
 Maternité de substitution, 1:38-40,76; 2:10-4,17-26,75; 3:10
 Counselling et conseillers, 2:40-1,66-8,79-80,90,117; 3:25,63-4
 Donneurs
 Identification, 2:33-53,65; 3:9,16-9
 Position, 3:43-5
 Recrutement et dépistage, 2:30,35,53-8; 3:21-2
 Effets
 Enfants et familles, 3:61-2
 Nouveau-nés, 3:51-2
 Embryons
 Production, 1:114-5
 Recherche, 1:24-6,41-5,98,102-3,106-8,115-20; 2:101-3,112-8,124-5;
 3:8,28-33,36-40,67-9
 Statut, 1:83; 2:110-1
 Enfants, adoption, 2:27-9,88-90
 Fécondation in vitro, consentement, 1:111-3
 Fertilité, traitements, coûts, 1:81-2
 Infertilité, causes, 1:90; 2:65
 Information et soutien, 2:91-3
 Instituts de recherche en santé du Canada, lignes directrices, 1:49,63-5
 Interdictions criminelles, 1:50-2,69-72,79-80,83,87; 3:6-7
 Législation
 Autres pays, 1:21
 Comité, observations, 3:6-13,70-3
 Consensus, 1:43-4
 Division du projet de loi, 1:24-6,34-6; 2:83,105-6; 3:6-7
 Implications, 1:61-2,74,86; 2:83-4
 Importance, 1:19-20,99; 2:37-9,112-6; 3:47
 Modifier le projet de loi ou le condamner, dilemme, 1:54-64,77-8,
 85-6,113-4; 2:103-5; 3:40,53-4,66-7
 Objectifs, 1:19-21
 Origine, 1:21-2
 Points forts et faiblesses, 1:72-3
 Provinces et territoires, 1:22,31
 Revue, 1:22; 2:108-9; 3:11-2,30,69

Bill C-8 – Library and Archives of Canada Act

Discussion, 4:7-36

Bill C-24 – Act to amend the Parliament of Canada Act

Discussion, 5:57-83; 6:56-71; 7:6-8,43-6

Bill S-17 – Act to amend the Citizenship Act

Discussion, 6:71-81; 7:77-86; 8:7-9

Canadian citizenship, resumption*Benner v. Canada*, 6:76-7

Dual citizenship, 6:74-5

Legislation

Application, 6:71-2,75-9; 8:7-9

Implications, 6:72-4,78-9

Program integrity, 6:73-4

Public perception, 6:73

Public policy, 2003, 6:78

Statelessness, 6:72

Testimonials, 7:77-86

United States, citizenship, 6:80-1

Women and children, rights, 6:72-3,79-80

Mental health and mental illness

Aboriginal peoples

Criminalization, 9:62-3

Education and training, 9:55-6,67-71

Problems, 9:40-1,45-8

Resources, 9:66-7

Services, 9:40-1,44-5,48-55,59-65,69-70

Socio-economic conditions, 9:57-9

Suicide, 9:40-4,62-4

Anxiety disorders, 9:13-7,22

Australia

Communications program, 6:33-5

Counselling, 6:24-5

Data, 6:13-4,20,32-3

Funding, 6:21,25-6

Indigenous people, 6:29-33

Literacy campaign, 6:14-7

National Drug Strategy, 6:11-2,17-8

Policy, 6:19-20

Prescription drugs, 6:29

Prevention, 6:21

Reform, 6:8-13

Services, 6:18-29,35-7

Canada Health Act, 5:21,31-4; 9:10,13,17-9,22

Community clinics, 5:50-2

Concurrent disorders

Best practice guidelines, 8:14

Definition, 8:15

Education and training, 8:38-9

Family support, need, 8:36-8

Observations, recommendations, 8:20-3

Prevalence, 8:15-7

Services, 8:15,18-20,24-6,31-6,40

Structure, models, 8:26-7,30-1

Correctional Service of Canada (CSC)

Mandate, 7:50-1,57-8

Resources, 7:68-9

Deinstitutionalization, 8:27-30

Discrimination and stigma, 5:26-7,38,46-9; 6:16-7; 7:18,29,35; 9:26-7

Education and training, 5:27; 7:29-30; 8:38-9

England

Assertive outreach, 8:79-83; 9:25

Education and training, 8:86-8

Health care and social care system, 8:67-70,78-9,85-6

National Service Framework for Mental Health, implementation, 8:70-2,75

Primary care, 8:76-8,80-1,86-8

Reform, 8:65-7,83-5

Resources, 8:72-6

Services, 8:86-7

Suicide, prevention, 8:86-7

Procréation assistée et recherche connexe – Suite

Maladies

Maladie d'Alzheimer, 3:34-5

Maladie de Parkinson, 3:37

Sclérose latérale amyotrophique (SLA), 3:38-40

Maternité de substitution, 2:6-9,12-5,19-20,23-9,56-7,65,109-11; 3:10-1

Mère, terme, interprétation, 2:15-9,29

Ovocyte, 1:111

Patients, groupes de défense, rôle, 3:41-3

Peines, 2:112

Position, préoccupations, recommandations, 1:32,52-4,85-9,103; 2:32-3, 62-3,107-8,116-26; 3:50

Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité, 1:74-7

Association médicale canadienne (AMC), 1:69-72,87

Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC), 2:95-8,104

Congrès islamique canadien, 2:98-100

Congrès juif canadien, 2:100-1

Dystrophie musculaire Canada, 3:31-4

Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2:63-6

Fondation de la recherche sur le diabète juvénile, 3:29-31

Infertility Network, 2:69-73

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 1:48-50

Réseau canadien pour la santé des femmes, 3:47-9

Société Alzheimer du Canada, 3:34-6

Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA), 1:66-9

Société canadienne de la sclérose en plaques, 3:27-9

Société canadienne de la SLA, 3:38-40

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1:72-4

Société Parkinson Canada, 3:37-8

Protection des renseignements personnels et documents électroniques,

Loi, mise en œuvre, 3:25-6

Recherche

Autres pays, 3:44-6

Enfants nés grâce aux techniques de procréation assistée, 3:58-60

Règlements, 1:22,26-7,30-1,36-8,42-3,86-7; 2:78-9,87-9;

3:12,16-7,20,52,68-71

Renseignements personnels et accès à l'information, 1:45-6,68,76-7;

2:12,62,74-5,84,90-1; 3:15-25,48,56,62-3,68

Spermes et ovules, approvisionnement, 1:32,74-9,82,118

Surveillance et contrôle, 2:117-8; 3:16

Témoignages, 2:81-8

Transgénèse, 1:101

Zygote, définition, 1:96

Projet de loi C-6 – Procréation assistée, Loi

Discussion, 1:18-120

Projet de loi C-8 – Bibliothèque et les Archives du Canada, Loi

Discussion, 4:7-36

Projet de loi C-24 – Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada

Discussion, 5:57-83; 6:56-71; 7:6-8,43-6

Projet de loi S-17 – Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté

Discussion, 6:71-81; 7:77-86; 8:7-9

Santé mentale et maladie mentale

Analphabétisme, 5:47-9, 7:38-40

Angleterre

Cadre du service national pour la santé mentale, 8:70-2,75

Éducation et formation, 8:86-8

Intervention affirmative, 8:79-83; 9:25

Réforme, 8:65-7,83-5

Ressources, 8:72-6

Services, 8:86-7

Soins de santé, système et services sociaux, 8:67-70,78-9,85-6

Soins primaires, 8:76-8,80-1,86-8

Suicide, prévention, 8:86-7

Australie

Autochtones, 6:29-33

Campagne de sensibilisation, 6:14-7

Communications, programme, 6:33-5

Counselling, 6:24-5

Données, 6:13-4,20,32-3

Financement, 6:21,25-6

Mental health and mental illness – *Cont'd*

- Federal government, role and direction, 7:34-7; 9:10-2,28-31
- Federal inmates
 - Admission, 7:51-2
 - Prevalence, 7:52-6,63-5,74
 - Services, 7:53-7,64-9,74-5
 - Suicide, 7:64-5
- Health care providers, mental health status, 5:11-2
- Homeless
 - Aboriginal peoples, 7:72-4
 - Increase, 7:66-7
 - National Homelessness Initiative, 7:58-62
 - Prevalence, 7:60-1
 - Services, 5:45-6; 7:61-2,72,76-7
 - Impact, 5:9-13,86-7; 7:14-5
 - Intervention and treatment, 9:22-4
 - Literacy, 5:47-9; 7:38-40
 - Medication, 9:28-32
 - Mental health organizations, representation, 9:28-31
 - National strategy, proposal, 5:10-1,31-7,55-7; 9:33-4,38-9
- New Zealand, 8:43-5
 - Aboriginal peoples, 8:48-53
 - Advisers, role, 8:55
 - Blueprint, 8:63-4
 - Deinstitutionalization, 8:61-3
 - Education and training, 8:64
 - Families, support, 8:54-6
 - Leadership, 8:48
 - National strategy, 8:45-6,58-9
 - Resources, 8:55-6,61
 - Services, 8:46-8,53-60
- Non-government organizations (NGOs), 9:5-8,12-3
- Nurses, 5:35-6,42-5,50
- Observations, recommendations, 5:13-21,29-30,37-41; 7:13,17-9,24-5, 54-5,62-3,69-72; 8:13-4,40; 9:8-10,13-7,50-1,56-7
- Obstacles, 7:15-6
- Premiers' Council, 9:20-2
- Privacy, 9:24-5
- Private sector, role, 9:32-3,37-8
- Provinces
 - Alberta, 7:10-3,26-7,31,40-1
 - British Columbia, 7:20-4,28-32,41
 - Information, sharing, 7:32-4
 - Nova Scotia, 7:16-7,27-30
 - Ontario, 8:10-3,24-5,36-9
- Psychiatric survivors
 - Resources, 7:75-6
 - Testimony, 7:47-50
- Resources, 5:24-6,29,36-7,41-2; 7:75-7; 9:19-20,26-8,32
- Services, delivery, 5:27-8,37
 - De-listing, 5:36,44-5
 - Information, sharing, 5:53-5
 - Integration, 8:31-3,39-40
 - Problems, 5:10,16-7,38
 - Schools, 5:52-3
 - Structure, models, 5:21-4
- Structure, models, 5:95-7,101-2,109-11; 7:77; 9:35-7
- Suicide
 - Factors, 6:42-3,48-50,53
 - National strategy, 6:44-7,53-5
 - Prevention, 6:47-51
 - Research, 6:38-44
 - Statistics, 6:41-2,45,51-3
 - Stigma, 6:55
- United States
 - Children, 5:95-7,109
 - Deinstitutionalization, 5:99-101
 - Education and training, 5:107-8,112
 - NGOs, partnerships, 5:104-5
 - President's commission, establishment, 5:86-7; 7:15
 - Reform, 5:91-2,102-3
 - Screening, 5:108-9
 - Services, 5:92-4,98-9,105-7,111-3
 - Structure, 5:87-90,97-8,103-4
 - Violence, 9:29-32

Santé mentale et maladie mentale - *Suite*

- Australie - *Suite*
 - Médicaments d'ordonnance, 6:29
 - Politique, 6:19-20
 - Prévention, 6:21
 - Réforme, 6:8-13
 - Services, 6:18-29,35-7
 - Stratégie nationale contre la drogue, 6:11-2,17-8
- Cliniques communautaires, 5:50-2
- Conseil des premiers ministres, 9:20-2
- Désinstitutionnalisation, 8:27-30
- Détenus d'établissements fédéraux
 - Admission, 7:51-2
 - Prévalence, 7:52-6,63-5,74
 - Services, 7:53-7,64-9,74-5
 - Suicide, 7:64-5
- Discrimination et stigmatisation, 5:26-7,38,46-9; 6:16-7; 7:18,29,35; 9:26-7
- Éducation et formation, 5:27; 7:29-30; 8:38-9
- États-Unis
 - Commission présidentielle, création, 5:86-7; 7:15
 - Dépistage, 5:108-9
 - Désinstitutionnalisation, 5:99-101
 - Éducation et formation, 5:107-8,112
 - Enfants, 5:95-7,109
 - ONG, partenariats, 5:104-5
 - Réforme, 5:91-2,102-3
 - Services, 5:92-4,98-9,105-7,111-3
 - Structure, 5:87-90,97-8,103-4
- Gouvernement fédéral, rôle et orientations, 7:34-8; 9:10-2,28-31
- Impact, 5:9-13,86-7; 7:14-5
- Infirmières et infirmiers, 5:35-6,42-5,50
- Intervention et traitement, 9:22-4
- Jeunes, aînés, 7:42-3
- Loi canadienne sur la santé, 5:21,31-4; 9:10,13,17-9,22
- Médicaments, 9:28-32
- Nouvelle-Zélande, 8:43-5
 - Autochtones, 8:48-53
 - Conseillers, rôle, 8:55
 - Désinstitutionnalisation, 8:61-3
 - Éducation et formation, 8:64
 - Familles, soutien, 8:54-6
 - Leadership, 8:48
 - Plan directeur, 8:63-4
 - Ressources, 8:55-6,61
 - Services, 8:46-8,53-60
 - Stratégie nationale, 8:45-6,58-9
- Observations, recommandations, 5:13-21,29-30,37-41; 7:13,17-9,24-5, 54-5,62-3,69-72; 8:13-4,40; 9:8-10,13-7,50-1,56-7
- Obstacles, 7:15-6
- Organisations non-gouvernementales, 9:5-8,12-3
- Organisations qui s'occupent de la santé mentale, représentation, 9:28-31
- Personnes ayant un vécu psychiatrique
 - Ressources, 7:75-6
 - Témoignage, 7:47-50
- Peuples autochtones
 - Conditions socio-économiques, 9:57-9
 - Criminalisation, 9:62-3
 - Éducation et formation, 9:55-6,67-71
 - Problèmes, 9:40-1,45-8
 - Ressources, 9:66-7
 - Services, 9:40-1,44-5,48-55,59-65,69-70
 - Suicide, 9:40-4,62-4
- Prestataires de soins de santé, état de santé mentale, 5:11-2
- Provinces
 - Alberta, 7:10-3,26-7,31,40-1
 - Colombie-Britannique, 7:20-4,28-32,41
 - Nouvelle-Écosse, 7:16-7,27-30
 - Ontario, 8:10-3,24-5,36-9
 - Renseignements, partage, 7:32-4
 - Ressources, 5:24-6,29,36-7,41-2; 7:75-7; 9:19-20,26-8,32
- Sans-abri
 - Augmentation, 7:66-7
 - Autochtones, 7:72-4
 - Initiative nationale pour les sans-abri, 7:58-62

Mental health and mental illness – *Cont'd*

Voluntary sector, capacity, **9:34-5**
 Youth, seniors, **7:42-3**

National Library and National Archives

Integration, **4:7-11,22-4**
 Access to information, **4:12-4,22-3**
 Copyright, **4:11-2,24-5,31**
 Facilities, **4:23-4,27-9**
 Federal libraries, **4:21**
 Funding, **4:16-7,27**
 Internet, Web, **4:17-21,29-30**
 Legislation, objectives, **4:25-6**
 Networking and resource sharing, **4:14-5**
 New officer, appointment, **4:15**
 Staff, reaction, **4:16**

Parliamentarians, benefit plans

Cognos, benefits program, **5:71-5**
 Coverage, **6:62-5**
 Health care system, **6:67**
 Legislation
 Committee, observations, **7:44-6**
 Consultation, **5:62-4; 7:7**
 Urgency, **5:65-6**
 Overview, **5:57-8**
 Parliament, costs, **6:65-7**
 Position
 Canadian Taxpayers Federation, **6:57-60,70-1**
 Public Service Alliance of Canada (PSAC), **5:78-82**
 Public and private sectors, **6:56-7,61**
 Public expectations, perception, **6:68-70; 7:7**
 Public service, **5:70-1,78-81; 6:68; 7:6-7**
 Public Service Health Care Plan (PSHCP), **5:80-3**
 Special cases, treatment, **5:58-70; 6:61,68; 7:7**
 Federal public sector, **5:81-2**
 Private sector, **5:71,75-8**

Santé mentale et maladie mentale - *Suite*

Sans-abri - *Suite*
 Prévalence, **7:60-1**
 Services, **5:45-6; 7:61-2,72,76-7**
 Secteur bénévole, capacité, **9:34-5**
 Secteur privé, rôle, **9:32-3,37-8**
 Service correctionnel du Canada (SCC)
 Mandat, **7:50-1,57-8**
 Ressources, **7:68-9**
 Services, prestation, **5:27-8,37**
 Écoles, **5:52-3**
 Intégration, **8:31-3,30-40**
 Problèmes, **5:10,16-7,38**
 Radiation, **5:36,44-5**
 Renseignements, partage, **5:53-5**
 Structure, modèles, **5:21-4**
 Stratégie nationale, proposition, **5:10-1,31-7,55-7; 9:33-4,38-9**
 Structure, modèles, **5:95-7,101-2,109-11; 7:77; 9:35-7**
 Suicide
 Facteurs, **6:42-3,48-50,53**
 Prévention, **6:47-51**
 Recherche, **6:38-44**
 Statistiques, **6:41-2,45,51-3**
 Stigmatisation, **6:55**
 Stratégie nationale, **6:44-7,53-5**
 Troubles anxieux, **9:13-7,22**
 Troubles simultanés
 Définition, **8:15**
 Éducation et formation, **8:38-9**
 Familles, soutien, nécessité, **8:36-8**
 Observations, recommandations, **8:20-3**
 Pratiques exemplaires, **8:14**
 Prévalence, **8:15-7**
 Services, **8:15,18-20,24-6,31-6,40**
 Structure, modèles, **8:26-7,30-1**
 Vie privée, **9:24-5**
 Violence, **9:29-32**

WITNESSES AND ADVISERS

Allen, Diane, Executive Director, Infertility Network
 Bill C-6, **2:69-73,79**

Arbuckle, Stephen, Member, Health Interest Group, Canadian Association of Social Workers
 Mental health and mental illness, **5:39-41,45-8,51-2**

Baird, Natasha (Personal presentation)
 Bill C-6, **2:84-6,93-5**

Baylis, Françoise, Professor, Departments of Bioethics and Philosophy, Dalhousie University
 Bill C-6, **2:111-4,123-5**

Beck, Gail, Acting Associate Secretary General, Canadian Medical Association
 Mental health and mental illness, **5:22-6,30,33-4**

Bereza, Eugene, Chair, Committee on Ethics, Canadian Medical Association
 Bill C-6, **1:69-72,78-80,83,87-9**

Bernstein, Alan, President, Canadian Institutes Health Research
 Bill C-6, **1:48-50,58-60,63-5**

Bhatia, Mick, Director, Roberts Research Institute
 Bill C-6, **1:93-6,113,120**

Birkett, Patricia, Acting Director General, Integration Branch, Citizenship and Immigration Department
 Bill S-17, **6:71-81**

TÉMOINS ET CONSEILLERS

Allen, Diane, directrice exécutive, Infertility Network
 Projet de loi C-6, **2:69-73,79**

Arbuckle, Stephen, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
 Santé mentale et maladie mentale, **5:39-41,45-8,51-2**

Baird, Natasha (présentation personnelle)
 Projet de loi C-6, **2:84-6,93-5**

Baylis, Françoise, professeure, Départements de bioéthique et philosophie, Dalhousie University
 Projet de loi C-6, **2:111-4,123-5**

Beck, Gail, secrétaire générale adjointe intérimaire, Association médicale canadienne
 Santé mentale et maladie mentale, **5:22-6,30,33-4**

Bereza, Eugene, président, Comité d'éthique, Association médicale canadienne
 Projet de loi C-6, **1:69-72,78-80,83,87-9**

Bernstein, Alan, président, Instituts de recherche en santé du Canada
 Projet de loi C-6, **1:48-50,58-60,63-5**

Bhatia, Mick, directeur, Roberts Research Institute
 Projet de loi C-6, **1:93-6,113,120**

Birkett, Patricia, directrice générale par interim, Direction générale de l'intégration, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration
 Projet de loi S-17, **6:71-81**

- Block, Ray**, Chief Executive Officer, Alberta Mental Health Board
Mental health and mental illness, 7:10-4,26-8,31,34,37
- Bois, Christine**, Provincial Priority Manager for Concurrent Disorders, Centre for Addiction and Mental Health
Mental health and mental illness, 8:23,27,30-1,39
- Boscoe, Madeline**, Executive Director, Canadian Women's Health Network
Bill C-6, 3:47-9,54,61-3
- Bosdet, Charles** (Personal presentation)
Bill S-17, 7:77-84
- Bouchard, Françoise**, Director General, Health Services, Correctional Service of Canada
Mental health and mental illness, 7:50-5,65-9,74-5
- Bougie, Ginette**, Director, Compensation and Classification, Privy Council Office
Bill C-24, 5:60-1,66-70
- Brière, Richard**, Assistant Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction
Mental health and mental illness, 6:38-41,48,55
- Bulka, Reuven**, Chair, Committee on Religious and Inter-Religious Affairs, Canadian Jewish Congress
Bill C-6, 2:100-3,106-11
- Butcher, Don**, Executive Director, Canadian Library Association
Bill C-8, 4:25-30
- Cabral, Louis**, Executive Director, Association pour l'avancement des sciences et des techniques de la documentation
Bill C-8, 4:25-6,29
- Cameron, Bill**, Director General, National Secretariat on Homelessness, Human Resources and Skills Development Canada
Mental health and mental illness, 7:58-63,66,72-7
- Campion, Bridget**, Associate Professor of Theology, Toronto School of Theology
Bill C-6, 2:114-6,124
- Capponi, Pat** (Personal presentation)
Mental health and mental illness, 7:47-50,69-72,75-7
- Carrier, Roch**, National Librarian of Canada, National Library of Canada
Bill C-8, 4:7-24
- Casey, Dermot**, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing, Government of Australia
Mental health and mental illness, 6:8-17,20-35
- Caulfield, Timothy**, Canada Research Chair, Health Law Institute
Bill C-6, 1:50-2,55,58-64
- Chaplow, David**, Director and Chief Adviser of Mental Health, Government of New Zealand
Mental health and mental illness, 8:42,47-8,51-9,61-2
- Chapman, Don** (Personal presentation)
Bill S-17, 7:81-6
- Charbonneau, Daniel**, Clerk of the Committee
Senator Morin to be Acting Chair, 1:92; 4:7; 9:39-40
Organization meeting, 1:13-4
- Clarkson, Irene**, Executive Director, Mental Health and Addictions, British Columbia Ministry of Health Services
Mental health and mental illness, 7:20-5,28-42
- Block, Ray**, directeur général, Alberta Mental Health Board
Santé mentale et maladie mentale, 7:10-4,26-8,31,34,37-8
- Bois, Christine**, gestionnaire des priorités provinciales en matière de troubles concourants, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Santé mentale et maladie mentale, 8:23,27,30-1,39
- Boscoe, Madeline**, directrice générale, Réseau canadien pour la santé des femmes
Projet de loi C-6, 3:47-9,54,61-3
- Bosdet, Charles** (présentation personnelle)
Projet de loi S-17, 7:77-84
- Bouchard, Françoise**, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel du Canada
Santé mentale et maladie mentale, 7:50-5,65-9,74-5
- Bougie, Ginette**, directrice, Rémunération et classification, Bureau du Conseil privé
Projet de loi C-24, 5:60-1,66-70
- Brière, Richard**, directeur adjoint, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies
Santé mentale et maladie mentale, 6:38-41,48,55
- Bulka, Reuven**, président, Comité des affaires religieuses et interreligieuses, Congrès juif canadien
Projet de loi C-6, 2:100-3,106-11
- Butcher, Don**, directeur exécutif, Association canadienne des bibliothèques
Projet de loi C-8, 4:25-30
- Cabral, Louis**, directeur exécutif, Association pour l'avancement des sciences et des techniques de la documentation
Projet de loi C-8, 4:25-6,29
- Cameron, Bill**, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri, Ressources humaines et Développement des compétences Canada
Santé mentale et maladie mentale, 7:58-63,66,72-7
- Campion, Bridget**, professeure agrégée de théologie, Toronto School of Theology
Projet de loi C-6, 2:114-6,124
- Capponi, Pat** (présentation personnelle)
Santé mentale et maladie mentale, 7:47-50,69-72,75-7
- Carrier, Roch**, administrateur général, Bibliothèque nationale du Canada
Projet de loi C-8, 4:7-24
- Casey, Dermot**, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse, gouvernement de l'Australie
Santé mentale et maladie mentale, 6:8-17,20-35
- Caulfield, Timothy**, chaire de recherche du Canada, Health Law Institute
Projet de loi C-6, 1:50-2,55,58-64
- Chaplow, David**, directeur et conseiller principal en santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande
Santé mentale et maladie mentale, 8:42,47-8,51-9,61-2
- Chapman, Don** (présentation personnelle)
Projet de loi S-17, 7:81-6
- Charbonneau, Daniel**, greffier du Comité
Réunion d'organisation, 1:13-4
Sénateur Morin sera président suppléant, 1:92; 4:7; 9:39-40
- Clarkson, Irene**, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
Santé mentale et maladie mentale, 7:20-5,28-42

Clute, Catherine (Personal presentation)
Bill C-6, 2:88-94

Creighton, Phyllis, Member, Advisory Committee on Reproductive and Genetic Technologies
Bill C-6, 2:10-2,22-9

Elibiyari, Samaa, Director, Canadian Islamic Congress
Bill C-6, 2:98-100,103,106-11

Emmet, William, Coordinator, U.S. Campaign for Mental Health Reform
Mental health and mental illness, 5:90-100,105-13

Gaines, Phillipa, Manager of Systems Development of Mental Health, Government of New Zealand
Mental health and mental illness, 8:42,55

Garfinkel, Paul, Chair, Mental Health Working Group, Ontario Hospital Association
Mental health and mental illness, 5:12-5,22-32

Girard, Marie-Chantal, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness, Human Resources and Skills Development Canada
Mental health and mental illness, 7:63,67,73

Gordon, John, National Executive Vice-President, Public Service Alliance of Canada
Bill C-24, 5:78-82

Gray, John, President-Elect, Schizophrenia Society of Canada
Mental health and mental illness, 9:5-8,21-5,32,36

Green, Calvin, Chair, Government Relations Committee, Canadian Fertility and Andrology Society
Bill C-6, 1:66-9,78-89

Groetzinger, Deanna, Vice-President, Communications, Multiple Sclerosis Society of Canada
Bill C-6, 3:27-9,42,45

Guérette, Jean, Executive Director, Portfolio Affairs, Canadian Heritage Department
Bill C-8, 4:31-2

Guichon, Juliet, Professor, University of Calgary
Bill C-6, 2:15-20,25-9

Haase, Jean, Social Worker, London Health Sciences Centre
Bill C-6, 2:66-9,80

Hanck, Beverly, Executive Director, Infertility Awareness Association of Canada
Bill C-6, 1:74-8,86

Harrison, Sandra, Executive Director, Planning, Advocacy & Liaison, Alberta Mental Health Board
Mental health and mental illness, 7:31,40-3

Hefford, Jenny, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing, Government of Australia
Mental health and mental illness, 6:11-2,17-20,29-36

Hindle, Robert, Chair, Juvenile Diabetes Research Foundation
Bill C-6, 3:29-31,41,45

Hogan, Michael, Chair, U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health
Mental health and mental illness, 5:85-90,95-113

Jackson, Margaret, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy, Simon Fraser University
Mental health and mental illness, 7:55-8,68,77

Clute, Catherine (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:88-94

Creighton, Phyllis, membre, Comité consultatif sur les techniques de reproduction et de génétique
Projet de loi C-6, 2:10-2,22-9

Elibiyari, Samaa, directrice, Congrès islamique canadien
Projet de loi C-6, 2:98-100,103,106-11

Emmet, William, coordonnateur, U.S. Campaign for Mental Health Reform
Santé mentale et maladie mentale, 5:90-100,105-13

Gaines, Phillipa, gestionnaire, Développement des systèmes de santé mentale, gouvernement de la Nouvelle-Zélande
Santé mentale et maladie mentale, 8:42,55

Garfinkel, Paul, président, Groupe de travail sur la santé mentale, Ontario Hospital Association
Santé mentale et maladie mentale, 5:12-5,22-32

Girard, Marie-Chantal, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri, Ressources humaines et Développement des compétences Canada
Santé mentale et maladie mentale, 7:63,67,73

Gordon, John, vice-président exécutif national, Alliance de la Fonction publique du Canada
Projet de loi C-24, 5:78-82

Gray, John, président élu, Société canadienne de schizophrénie
Santé mentale et maladie mentale, 9:5-8,21-5,32,36

Green, Calvin, président, Comité des relations intergouvernementales, Société canadienne de fertilité et d'andrologie
Projet de loi C-6, 1:66-9,78-89

Groetzinger, Deanna, vice-présidente, Communications, Société canadienne de la sclérose en plaques
Projet de loi C-6, 3:27-9,42,45

Guérette, Jean, directeur exécutif, Affaires du portefeuille, ministère du Patrimoine canadien
Projet de loi C-8, 4:31-2

Guichon, Juliet, professeure, University of Calgary
Projet de loi C-6, 2:15-20,25-9

Haase, Jean, travailleuse sociale, London Health Sciences Centre
Projet de loi C-6, 2:66-9,80

Hanck, Beverly, directrice exécutive, Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité
Projet de loi C-6, 1:74-8,86

Harrison, Sandra, directrice, Planification, défense des droits et liaison, Alberta Mental Health Board
Santé mentale et maladie mentale, 7:31,40-3

Hefford, Jenny, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse, gouvernement de l'Australie
Santé mentale et maladie mentale, 6:11-2,17-20,29-36

Hindle, Robert, président, Fondation de la recherche sur le diabète juvénile
Projet de loi C-6, 3:29-31,41,45

Hogan, Michael, président, U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health
Santé mentale et maladie mentale, 5:85-90,95-113

Jackson, Margaret, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale, Simon Fraser University
Santé mentale et maladie mentale, 7:55-8,68,77

- Kelly, David**, Executive Director, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction
Mental health and mental illness, 8:9-14,24-5,31-3,36-40
- Kirmayer, Laurence**, Director, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill University
Mental health and mental illness, 9:40-5,61-3,68-71
- Knoppers, Bartha Maria**, Professor and Canada Research Chair in Law and Medicine, Université de Montréal
Bill C-6, 1:52-66
- Kramer, Kenneth**, Vice Chair, Muscular Dystrophy Canada
Bill C-6, 3:31-4,42,45
- Leader, Arthur**, Member, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
Bill C-6, 1:72-4,80-1,86-7,90
- Librach, Clifford**, Director, Sunnybrook and Women's College Hospital Fertility Centre
Bill C-6, 2:59-63,73-9
- Lippman, Abby**, Professor, Faculty of Medicine, McGill University
Bill C-6, 2:116-20
- Manseau, Francine**, Manager, Policy Development Group, Planning and Priorities Directorate, Health Policy and Communications Branch, Health Department
Bill C-6, 1:34-6,40-2,45-8
- Mark, Tim**, Executive Director, Canadian Association of Research Libraries
Bill C-8, 4:26-9
- Marrett, Penny**, Chief Executive Officer, Canadian Mental Health Association
Mental health and mental illness, 9:8-10,20-2,25-6,30-8
- McLean, Peter**, Vice President, Anxiety Disorders Association of Canada
Mental health and mental illness, 9:13-7,22-3,27-8,31-8
- Millar, James**, Executive Director, Mental Health and Physician Services, Nova Scotia Department of Health
Mental health and mental illness, 7:14-20,27-42
- Motiuk, Larry**, Director General, Research, Correctional Service of Canada
Mental health and mental illness, 7:50-3,64
- Osten, Annette**, Board Member, Canadian Nurses Association
Mental health and mental illness, 5:43-51,55-6
- Panagabko, Nancy**, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses
Mental health and mental illness, 5:35-6,42-6,49-51,54-6
- Parent, Nathalie**, Coordinator, Fédération du Québec pour le planning des naissances
Bill C-6, 2:63-6,75
- Patel, Sunil**, President, Canadian Medical Association
Mental health and mental illness, 5:9-12,23-8,31-4
- Peretini, Arawhetu**, Manager of Maori Mental Health, Government of New Zealand
Mental health and mental illness, 8:42-3,48-53,56-7
- Persaud, Clement** (Personal presentation)
Bill C-6, 1:96-8,108-9,112-6,119
- Kelly, David**, directeur exécutif, Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario
Santé mentale et maladie mentale, 8:9-14,24-5,31-3,36-40
- Kirmayer, Laurence**, directeur, Division de la psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, McGill University
Santé mentale et maladie mentale, 9:40-5,61-3,68-71
- Knoppers, Bartha Maria**, professeure et chaire de recherche du Canada en droit et médecine, Université de Montréal
Projet de loi C-6, 1:52-66
- Kramer, Kenneth**, vice-président, Dystrophie musculaire Canada
Projet de loi C-6, 3:31-4,42,45
- Leader, Arthur**, membre, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Projet de loi C-6, 1:72-4,80-1,86-7,90
- Librach, Clifford**, directeur, Sunnybrook and Women's College Hospital Fertility Centre
Projet de loi C-6, 2:59-63,73-9
- Lippman, Abby**, professeure, Faculté de médecine, McGill University
Projet de loi C-6, 2:116-20
- Manseau, Francine**, gestionnaire, Groupe du développement de la politique, Direction des politiques, de la planification et des priorités, Direction générale de la politique de la santé et des communications, ministère de la Santé
Projet de loi C-6, 1:34-6,40-2,45-8
- Mark, Tim**, directeur exécutif, Association des bibliothèques de recherche du Canada
Projet de loi C-8, 4:26-9
- Marrett, Penny**, chef de la direction, Association canadienne pour la santé mentale
Santé mentale et maladie mentale, 9:8-10,20-2,25-6,30-8
- McLean, Peter**, vice-président, Association canadienne des troubles anxieux
Santé mentale et maladie mentale, 9:13-7,22-3,27-8,31-8
- Millar, James**, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Santé mentale et maladie mentale, 7:14-20,27-42
- Motiuk, Larry**, directeur général, Recherche, Service correctionnel du Canada
Santé mentale et maladie mentale, 7:50-3,64
- Osten, Annette**, membre, Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Santé mentale et maladie mentale, 5:43-51,55-6
- Panagabko, Nancy**, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
Santé mentale et maladie mentale, 5:35-6,42-6,49-51,54-6
- Parent, Nathalie**, coordonnatrice, Fédération du Québec pour le planning des naissances
Projet de loi C-6, 2:63-6,75
- Patel, Sunil**, président, Association médicale canadienne
Santé mentale et maladie mentale, 5:9-12,23-8,31-4
- Peretini, Arawhetu**, gestionnaire, Santé mentale des Maoris, gouvernement de la Nouvelle-Zélande
Santé mentale et maladie mentale, 8:42-3,48-53,56-7
- Persaud, Clement** (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 1:96-8,108-9,112-6,119

Pettigrew, Pierre, Minister of Health, Minister of Intergovernmental Affairs and Minister responsible for Official Languages
Bill C-6, 1:18-30

Potvin, Bernard, Principal, Mercer Human Resource Consulting
Bill C-24, 6:56-7,61-4,68

Poulin, Richard (Personal presentation)
Bill C-6, 2:95

Pratten, Olivia (Personal presentation)
Bill C-6, 2:41-7,56-7

Pratten, Shirley, New Reproductive Alternatives Society
Bill C-6, 2:38-41,45-6,50,53

Prendergast, Terrence, Archbishop of Halifax, Canadian Conference of Catholic Bishops
Bill C-6, 2:95-8,102-11

Prince, Michael, Acting Dean, University of Victoria
Bill C-6, 3:49-50,53-8,62,65

Restoule, Brenda M., Psychologist and Ontario Board Representative, Native Mental Health Association of Canada
Mental health and mental illness, 9:45-51,60,66-7

Richardson, Anne, Head of the Mental Health Policy Branch, Department of Health, Government of the United Kingdom
Mental health and mental illness, 8:65-88

Richstone, Jeff, General Counsel, Canadian Heritage Department
Bill C-8, 4:32-5

Rivard, Glenn, General Counsel, Legal Services, Health Department
Bill C-6, 1:23,27-30,37-41,47

Ruberto, Cathy, Clinical Director, ReproMed Ltd.
Bill C-6, 2:29-33,50-9

Rudin, Stephen, Executive Director, Alzheimer Society of Canada
Bill C-6, 3:34-6,42-4

Rush, Brian, Research Scientist, Social Prevention and Health Policy, Centre for Addiction and Mental Health
Mental health and mental illness, 8:14-20,28-9,33-5,38-41

Ryll, Irene, Coordinator, Infertility Connection of Edmonton
Bill C-6, 2:33-5,45-54

Saada, Jacques, Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform
Bill C-24, 5:57-71

Schnarr, Rita (Personal presentation)
Bill C-6, 2:86-8,93-4

Scorsone, Suzanne (Personal presentation)
Bill C-6, 2:120-3,126

Service, John, Executive Director, Canadian Psychological Association
Mental health and mental illness, 5:36-9,44-5,48-55

Sheehan, Janet (Personal presentation)
Bill C-6, 2:81-3,91-2

Shugart, Ian, Assistant Deputy Minister, Health Policy and Communications Branch, Health Department
Bill C-6, 1:24,27-48

Sieff, Adrian, Head, Mental Health Legislation Branch, Government of the United Kingdom
Mental health and mental illness, 8:75-6,82-3

Pettigrew, Pierre, ministre de la Santé, ministre des Affaires intergouvernementales et ministre responsable des langues officielles
Projet de loi C-6, 1:18-30

Potvin, Bernard, directeur principal, Mercer consultation en ressources humaines
Projet de loi C-24, 6:56-7,61-4,68

Poulin, Richard (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:95

Pratten, Olivia (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:41-7,56-7

Pratten, Shirley, New Reproductive Alternatives Society
Projet de loi C-6, 2:38-41,45-6,50,53

Prendergast, Terrence, archevêque de Halifax, Conférence des évêques catholiques du Canada
Projet de loi C-6, 2:95-8,102-11

Prince, Michael, doyen par intérim, University of Victoria
Projet de loi C-6, 3:49-50,53-8,62,65

Restoule, Brenda M., psychologue et représentante du Conseil de l'Ontario, Native Mental Health Association of Canada
Santé mentale et maladie mentale, 9:45-51,60,66-7

Richardson, Anne, chef de la Direction des politiques en santé mentale, ministère de la Santé, gouvernement du Royaume-Uni
Santé mentale et maladie mentale, 8:65-88

Richstone, Jeff, avocat général, ministère du Patrimoine canadien
Projet de loi C-8, 4:32-5

Rivard, Glenn, avocat général, Services juridiques, ministère de la Santé
Projet de loi C-6, 1:23,27-30,37-41,47

Ruberto, Cathy, directrice de clinique, ReproMed Ltd.
Projet de loi C-6, 2:29-33,50-9

Rudin, Stephen, directeur général, Société Alzheimer du Canada
Projet de loi C-6, 3:34-6,42-4

Rush, Brian, chercheur, Politique de prévention sociale et de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Santé mentale et maladie mentale, 8:14-20,28-9,33-5,38-41

Ryll, Irene, coordonnatrice, Infertility Connection of Edmonton
Projet de loi C-6, 2:33-5,45-54

Saada, Jacques, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique
Projet de loi C-24, 5:57-71

Schnarr, Rita (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:86-8,93-4

Scorsone, Suzanne (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:120-3,126

Service, John, directeur exécutif, Société canadienne de psychologie
Santé mentale et maladie mentale, 5:36-9,44-5,48-55

Sheehan, Janet (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:81-3,91-2

Shugart, Ian, sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique de la santé et des communications, ministère de la Santé
Projet de loi C-6, 1:24,27-48

Sieff, Adrian, chef, Direction de la législation en matière de santé mentale, gouvernement du Royaume-Uni
Santé mentale et maladie mentale, 8:75-6,82-3

Simmonds, David, Past Chair, Board of Directors, Parkinson Society Canada
Bill C-6, 3:37-8,42-4

Skinner, Wayne, Clinical Director, Concurrent Disorders Program, Centre for Addiction and Mental Health
Mental health and mental illness, 8:20-2,26-7,32,37-9

Smith-Grant, Marilyn, Senior Human Resources Specialist, Cognos
Bill C-24, 5:71-8

Solomon, Shirley (Personal presentation)
Bill C-6, 2:12-5,20-5,28

Stevens, Barry (Personal presentation)
Bill C-6, 2:35-8,45-50,56

Stoddart, Jennifer, Privacy Commissioner, Office of the Privacy Commissioner of Canada
Bill C-6, 3:14-27

Tavner, Brad (Personal presentation)
Bill C-6, 2:83-4,92

Turecki, Gustavo, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University
Mental health and mental illness, 6:41-4,49-55

Upshall, Phil, President, Mood Disorder Society of Canada
Mental health and mental illness, 9:10-3,18-22,25-30,34,38-9

Van Loan, Nigel, Member, Board of Directors, ALS Society of Canada
Bill C-6, 3:38-41,46

Walker, Robin (Personal presentation)
Bill C-6, 3:50-4,59-64

Wall, Ron, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel, Privy Council Office
Bill C-24, 5:62,65

Weber, Caroline, Director General, Planning and Priorities Directorate, Health Policy and Communications Branch, Health Department
Bill C-6, 1:30-3,40-1,44-8

Weiss, Samuel, Professor, University of Calgary
Bill C-6, 1:99-102,109-19

Wieman, Cornelia, Psychiatrist, Six Nations Mental Health Services
Mental health and mental illness, 9:52-60,63-5,68-70

Wilson, Ian E., National Archivist of Canada, National Archives of Canada
Bill C-8, 4:9-24

Wilson, Janice, Deputy Director General, Mental Health Directorate, Ministry of Health, Government of New Zealand
Mental health and mental illness, 8:42-64

Winchester, Bruce, Research Director, Canadian Taxpayers Federation
Bill C-24, 6:57-71

Woodside, Blake, Chairman of the Board, Canadian Psychiatric Association
Mental health and mental illness, 5:15-29,32-4

Worton, Ron, Chief Executive Officer and Scientific Director, Ottawa Research Institute
Bill C-6, 1:102-8,111-20

Simmonds, David, ancien président, Conseil d'administration, Société Parkinson Canada
Projet de loi C-6, 3:37-8,42-4

Skinner, Wayne, directeur clinique, Programme de troubles concourants, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Santé mentale et maladie mentale, 8:20-2,26-7,32,37-9

Smith-Grant, Marilyn, spécialiste principale en ressources humaines, Cognos
Projet de loi C-24, 5:71-8

Solomon, Shirley (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:12-5,20-5,28

Stevens, Barry (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:35-8,45-50,56

Stoddart, Jennifer, commissaire à la protection de la vie privée, Commissariat à la protection de la vie privée du Canada
Projet de loi C-6, 3:14-27

Tavner, Brad (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 2:83-4,92

Turecki, Gustavo, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, McGill University
Santé mentale et maladie mentale, 6:41-4,49-55

Upshall, Phil, président, Société pour les troubles de l'humeur du Canada
Santé mentale et maladie mentale, 9:10-3,18-22,25-30,34,38-9

Van Loan, Nigel, membre, Conseil d'administration, Société canadienne de la SLA
Projet de loi C-6, 3:38-41,46

Walker, Robin (présentation personnelle)
Projet de loi C-6, 3:50-4,59-64

Wall, Ron, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat, Bureau du Conseil privé
Projet de loi C-24, 5:62,65

Weber, Caroline, directrice générale, Direction des politiques, de la planification et des priorités, Direction générale de la politique de la santé et des communications, ministère de la Santé
Projet de loi C-6, 1:30-3,40-1,44-8

Weiss, Samuel, professeur, University of Calgary
Projet de loi C-6, 1:99-102,109-19

Wieman, Cornelia, psychiatre, Six Nations Mental Health Services
Santé mentale et maladie mentale, 9:52-60,63-5,68-70

Wilson, Ian E., archiviste national du Canada, Archives nationales du Canada
Projet de loi C-8, 4:9-24

Wilson, Janice, directrice générale adjointe, Direction générale de la santé mentale, ministère de la Santé, gouvernement de la Nouvelle-Zélande
Santé mentale et maladie mentale, 8:42-64

Winchester, Bruce, directeur de la recherche, Fédération canadienne des contribuables
Projet de loi C-24, 6:57-71

Woodside, Blake, président, Conseil d'administration, Association des psychiatres du Canada
Santé mentale et maladie mentale, 5:15-29,32-4

Worton, Ron, président-directeur général et directeur scientifique, Institut de recherche d'Ottawa
Projet de loi C-6, 1:102-8,111-20

Wright, Joanne, President, Canadian Surrogacy Options
Bill C-6, 2:6-9,21,25

Yackel, Diane, Executive Director, Centre for Suicide Prevention
Mental health and mental illness, 6:44-7,50-4

Wright, Joanne, présidente, Canadian Surrogacy Options
Projet de loi C-6, 2:6-9,21,25

Yackel, Diane, directrice exécutive, Centre for Suicide Prevention
Santé mentale et maladie mentale, 6:44-7,50-4



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5



